Rok XXXVII. Kraków 6. Sierpnia 1898. Nr. 32.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

†

ALFRED OBALIŃSKI.

Anioł śmierci zadał w ostatnich latach ciężkie ciosy chirurgii polskiej, zabierając z pomiędzy jej wykonawców kilku najdzielniejszych pracowników. Zaledwo opłakaliśmy stratę zacnego i utalentowanego Matlakowskiego, już trzeba było przeboleć śmierć zasłużonego, zwłaszcza w dziedzinie ortopedyi, Jasińskiego, a świeżo stoi nam jeszcze w pamięci zgon tak dzielnego szermierza na polu wykonawstwa chirurgicznego na kresach ziem polskich, jakim był Załoziecki; obecnie znów postradaliśmy Alfreda Obalińskiego, jednego z głównych filarów chirurgii polskiej, trwałą podporę lekarskiego piśmiennictwa polskiego, najdzielniejszego nauczyciela i mistrza w trudnej sztuce chirurgicznej, cenionego i uwielbianego zawsze i przez wszystkich, zarówno w kraju jak i po za granicą.

Pisząc dziś wspomnienie pośmiertne o tym mężu, tak przedwcześnie wydartym społeczeństwu i nauce, trudno zataić żal głęboki do odwiecznych praw natury, że nie dozwolonem Mu było dłużej pracować dzielnie i skutecznie dla dobra ludzkości, na cześć i chwałę szkoły krakowskiej i imienia polskiego. Jeżeli ś. p. Obaliński zdołał stanąć tak wysoko na piedestale nauki, jeżeli potrafił wywalczyć dla wiedzy polskiej cześć i uznanie wszędzie, bo nawet i u szczepów wrogich, to zawdzięcza to, oprócz wrodzonym zdolnościom i niepospolitemu darowi spostrzegawczemu, w pierwszym rzędzie **żelaznej i wytrwałej swej pilności i pracy**.

Całe jego życie, to ciągła i niezmordowana, a w owoce bogata, praca; na odpoczynek nigdy sobie nie pozwolił, a choć czuł, że sił fizycznych Mu braknie, starał się w nowej pracy, podnosząc ducha, skrzepiać i ciało. Niestety, choć duch niepospolity, dusza zacna i wielka, uległ prawom natury i padł przedwcześnie, pracując ciągle, prawie do ostatnich chwil życia.

Ś. p. Alfred Obaliński urodził się dnia 15 grudnia 1843 r. w Brzeżanach; w r. 1862 złożył egzamin dojrzałości w gimnazyum tarnopolskiem. Na wydział lekarski uczęszczał w Krakowie od r. 1862 do 1867, gdzie w marcu r. 1868 otrzymał stopień doktora medycyny, a w czerwcu 1870 — doktora chirurgii i okulistyki. Od marca 1868 r. do końca września 1870 był asystentem w klinice chirurgicznej, pozostającej podówczas pod kierownictwem ś. p. prof. Bryka. Był to najdzielniejszy asystent tego profesora, a bodaj czy nie najtęższy asystent Uniwersytetu Jagiellońskiego.

W czerwcu 1870 r. otrzymał prowizoryczne kierownictwo oddziału chirurgicznego szpitalu św. Łazarza, a w 4 miesiące później został zamianowany rzeczywistym prymaryuszem tego oddziału, na którem to stanowisku wytrwał lat 27.

W marcu 1881 r. habilitował się na docenta chirurgii — fakt niebywały dotąd na owe czasy. W r. 1883 otrzymał tytuł nadzwyczajnego profesora chirurgii, w sierpniu 1888 został zamianowany nadzwyczajnym profesorem chirurgii, a w r. 1897 objął zwyczajną katedrę tego przedmiotu. Niestety, zabójcza choroba nie pozwoliła Mu się długo cieszyć tem upragnionem stanowiskiem, bo już w pół roku po zamianowaniu powaliła Go choroba na łoże boleści, z którego nie powstał, mimo starannej opieki kolegów, osierocając swą przedwczesną śmiercią w dniu 18 lipca b. r. wdowę, 3 córki i wszechnicę Jagiellońską.

Nadmienić tu jeszcze wypada, że w r. 1863, będąc medykiem na I roku, zaciągnął się ś. p. Obaliński do wojska narodowego i brał udział w bitwie pod Miechowem.

Szpital św. Łazarza był głównem polem działania ś. p. Obalińskiego. Zamianowany w 27 roku życia prymaryuszem oddziału chirurgicznego, strawił on na tem stanowisku połowę życia swojego, bo lat 27, zaskarbiając swą działalnością na tem stanowisku, oprócz wdzięczności niezliczonego zastępu pacyentów, cześć i miłość

całego świata lekarskiego, niepospolite imię w nauce i uznanie całego kraju; 27 lat działalności ś. p. Obalińskiego w szpitalu wiążą się z jedną z najpiękniejszych, a bodaj czy nie z najpiękniejszą kartą w dziejach tej instytucyi, dzięki właśnie niepospolitym zasługom utalentowanego prymaryusza oddziału chirurgicznego, który, podnosząc poziom swego oddziału, przyczynił się wiele do dźwignięcia całego szpitala. W chwili objęcia przez ś. p. Obalińskiego oddział chirurgiczny był małym; liczba pacyentów, a bardziej jeszcze liczba wykonywanych operacyj, była bardzo niewielka. Pod dzielnem jego kierownictwem oddział począł się rozwijać, a materyał wzrastać. Gdy w r. 1871 liczba chorych, leczonych na oddziale chirurgicznym, wynosiła 643, a ilość dni leczenia 19,547, w roku 1892 liczba ta doszła do 1308, dni leczenia było 31,555, a liczba operacyj, w tymże czasie wykonanych, wzrosła z 252 na 903. Wzrost ten niepospolity w pierwszym rzędzie jest zasługą samego kierownika oddziału, do którego głębokiej wiedzy i rozległego doświadczenia, oraz sumienności i bezinteresownej troskliwości o chorych, publiczność, przedtem od szpitala wprost stroniąca i noża się bojąca, nabierała słusznego zaufania, powierzając mu najdroższe mienie, bo zdrowie i życie. Liczni rekonwalescenci, uratowani sztuką znakomitego chirurga, byli apostołami i pionierami rozwoju jego oddziału, niosąc chwałę Jego imienia po całym kraju i nawołując innych, współcierpiących, do szukania ratunku u dzielnego, sumiennego, a przytem, tak dla każdego bez różnicy stanu, dostępnego lekarza. Nic też dziwnego, że mury starego szpitala stały się za ciasne i nie zdołały pomieścić pacyentów, przybywających z dalekich okolic, celem szukania pomocy u ś. p. Obalińskiego. Jego to kołataniom i zabiegom zawdzięczać należy, że Wydział krajowy, a względnie Sejm, uznał niedostateczność dotychczasowego pomieszczenia oddziału i zezwolił na wybudowanie nowego pawilonu chirurgicznego. Nowy ten gmach, to trwały pomnik działalności dzielnego prymaryusza. On swą pracą udowodnił jego konieczności, kierował jego budową i urządzeniem. Nie tu miejsce wykazywać szczegółowo zalety tego pawilonu, a tem samem i zasługi ś. p. Obalińskiego na tem polu, dość, jeżeli wspomnę, że oddział ten jest bodaj czy nie najpiękniejszym oddziałem chirurgicznym w całej monarchii. Jako następca ś. p. Obalińskiego na prymaryacie najlepiej potrafię ocenić, jak ś. p. Obaliński dbał przy budowie tego pawilonu o dobro i wygodę chorych, jak umiał wyzyskać w tym celu swe bogate doświadczenie i najnowsze zdobycze architektury i higieny szpitalnej.

Jako chirurg zajmuje ś. p. Obaliński słusznie bardzo wybitne miejsce pomiędzy pierwszorzędnymi wykonawcami tej sztuki. Ze szkoły wyniósł on s u m i e n n o ś ć w b a d a n i u i o b s e r w a c y i c h o r e g o a s k r u p u l a t n o ś ć i p e d a n t y z m w ś r ó d o p e r a c y i. Zalety te, przejęte od swego mistrza, były główną dyrektywą w jego dalszem działaniu zawodowem, a kierując się niemi, zawsze i wszędzie, zdołał utrzymać się na wyżynie nauki i w chwili wielkiego, wprost wstrząsającego, przewrotu, jakiego doznała chirurgia w ostatnich latach 30. Jeżeli uwzględnimy, że w chwili, gdy ś. p. Obaliński opuszczał klinikę, stając na samodzielnem stanowisku, nauki pomocnicze, a zwłaszcza bakteryologia, znajdowały się w najwcześniejszem zaraniu swego rozwoju, że myśl antyseptyki zaledwie tu i ówdzie, zupełnie bezwiednie, kiełkować zaczęła, dalej — że nagły rozkwit bakteryologii i w ślad za nim idąca nauka anty- i aseptyki, wraz ze zmianą w technice operacyjnej, zaskoczyły Obalińskiego już na stanowisku samodzielnem, łatwo zrozumieć trudność położenia, w którem nagle się znalazł. Dla człowieka tej miary co Obaliński trudności jednak nie istniały. Z młodzieńczym zapałem jął się badania nowowyłaniających się zagadnień i przy żelaznej wytrwałej pracy i wrodzonym darze oryentowania się w sprawach najzawilszych, w krótkim przeciągu czasu stał się panem położenia, przyswoiwszy sobie w zupełności zasady nowoczesnej chirurgii i jej gałęzi pomocniczych. Stojąc zawsze na wyżynie nauki, nigdy nikomu w swym fachu nie ustępując, brał on żywy udział we wszystkich zagadnieniach, dotyczących rozwoju chirurgii w ostatnich lat dziesiątkach. Będąc przedewszystkiem c h i r u r g i e m w y k o n a w c ą, głównie miał swe oko skierowane na stronę praktyczną przedmiotu, przynoszącą bezpośrednią korzyść choremu. Część teoretyczną znał dokładnie; wyciągał z niej wszystkie naturalne konsekwencye, ale mniej się w niej lubując, mniej też w niej samodzielnie pracował. Natomiast wykonawstwo chirurgiczne śmiało zaliczyć Go musi do najdzielniejszych swych przedstawicieli. Sumienny i wszechstronnie wykształcony lekarz, dzielny, spokojny, śmiały, a w działaniu szczęśliwy operator, skierowywał swą myśl głównie do tego celu, by możność ratunku chorym jak najbardziej uprościć. Wszystkie nowsze operacye próbował w swym oddziale, rychło bardzo oryentując się co do ich zalet i wad, a względnie ich wartości i znaczeniu. O ile okazywała się potrzeba modyfikacyi, bystry Jego umysł szybko to dostrzegał i w licznych a pięknych pracach publikował, zyskując ogólne uznanie. Wspomnę tu tylko o modyfikacyi operacyi stopy płaskiej według Gleicha; o sposobie zapobiegania przebiciu kości przy amputacyi podudzia; o modyfikacyi narkozy chloroformowej; o nowym sposobie trepanacyi czaszki, i wielu innych pomysłach, przynoszących cześć ich autorowi.

O głębokiem zrozumieniu przedmiotu i nowszych zagadnień świadczą prace, podjęte wspólnie z przedstawicielami innych gałęzi medycyny, a głównie internistami i ginekologami, z których najpiękniejszą jest rozprawa napisana wspólnie z Jaworskim, o czynności żołądka po resekcyi odźwiernika, która bywa przytaczaną dziś we wszystkich nowszych pracach i podręcznikach, dotyczących tego przedmiotu. Najulubieńszym Jego tematem była sprawa chirurgicznego leczenia niedrożności jelit. Tu opracował On cały przedmiot, jak mało który z nowoczesnych chirurgów. W licznych pracach, na posiedzeniach i zjazdach naukowych, dzielił się z czytelni-

kami i słuchaczami bogatem swem doświadczeniem, na tem polu zebranem, skrzętną i umiejętną obserwacyą przy łożu chorego, na stole operacyjnym, a wreszcie przy sekcyi. Jeżeli w r. 1893, pisząc ocenę „Pamiętnika oddziału chirurgicznego“, powiedziałem, że „wnioski wysnute przez Obalińskiego winien sobie każdy lekarz złotemi głoskami zapisać, jako dyrektywę i regułę w swem postępowaniu wobec przypadków powikłania jelit“, to dziś tem śmielej to powtórzyć mogę, będąc głęboko przekonany, że choćby ś. p. Obaliński, oprócz swych prac o niedrożności jelit, nic więcej nie był napisał, imię jego pozostałoby zawsze nieśmiertelnem w nauce. Nie starczyłoby mi wprost miejsca, gdybym chciał się wdawać w ocenę licznych poszczególnych prac przedwcześnie zmarłego chirurga, a wreszcie musiałbym się chyba w uznaniu powtarzać; wystarczy, gdy powiem, że zyskiwały one sobie zawsze niepodzielne uznanie ogółu, czego najwymowniejszym dowodem była nagroda, udzielona mu w roku ubiegłym przez redakcyę „Wiener mediz. Wochenschrift“, za najlepszą pracę w jej łamach, w tym roku pomieszczoną. Człowiek zacnego serca, wielkiego ducha, nie znał zawiści. Bogatej swej wiedzy nie chował dla siebie, ale dzielił się nią chętnie z otaczającymi, a obdarzony wymową, umiejąc rzecz każdą przedstawić zrozumiale i dostępnie, każdą sprawę postawić jasno, był od pierwszej chwili swej samodzielnej działalności bodaj czy nie najbardziej poszukiwanym nauczycielem.

Do jego boku, na jego oddział, garnęli się gromadnie lekarze szpitalni i z po za szpitala, jak nie mniej studenci, by pod okiem mistrza kształcić się w chirurgii. A On każdemu był rad, w każdym starał się rozniecić zamiłowanie do przedmiotu, zapał do nauki. Młodzież, widząc pracującego z zaparciem się siebie mistrza, chętnie starała się iść w jego ślady, zwłaszcza, że ś. p. Obaliński nie szczędził nigdy zachęty do pracy, i życzliwie udzielał rady, wyjaśnienia i pokierowania, a na błędy innych, zwłaszcza początkujących, był zawsze wyrozumiały i cierpliwy. Liczny zastęp dzielnych chirurgów, wykształconych pod jego okiem, a zajmujących dziś wybitne stanowiska w kraju, to bodaj czy nie jedna z największych zasług obywatelskich przedwcześnie zgasłego profesora. Niestety, los zawistny nie dozwolił Mu rozwinąć rozleglejszej działalności nauczycielskiej na katedrze chirurgii, do której piastowania był on powołany, jak mało kto inny, rozporządzając rozległem doświadczeniem, głęboką nauką i znakomitym darem nauczania. Działalność jego dydaktyczna nie ograniczała się jednak do samych murów szpitala i kliniki. Wszyscy to dobrze wiemy, że należał On do najpilniejszych członków Towarzystwa lekarskiego i rozmaitych zjazdów, gdzie nie tylko słuchał wykładów innych kolegów, biorąc żywy udział w rozprawach, ale nader często przyczyniał się do uświetnienia porządku dziennego pouczającymi wykładami, demonstracyami i t. p. Aż nadto żywo wszyscy pamiętamy, jak jeszcze tak niedawno, trapiony już zabójczą chorobą, przybył na posiedzenie Towarzystwa lekarskiego, by wygłosić wielce zajmujący wykład o trudnej bardzo, przez siebie wykonanej operacyi wycięcia zwoju Gassera. Z natury łagodny, ale gdzie tego potrzeba wymagała, stanowczy, pełen szlachetnego serca, był On najlepszym i najżyczliwszym przełożonym. Surowy dla siebie, był On zawsze wyrozumiałym dla innych. Nikomu z otoczenia nigdy nie odmówił pomocy, a dbał o dobro swych podwładnych więcej niż o własne. To też cześć i miłość otaczającego Go personalu przetrwały zawsze czas bezpośredniego stosunku służbowego, manifestując się na każdym kroku głębokiem przywiązaniem do ukochanego byłego szefa. Najlepszym tego dowodem był jubileusz 25-letniej działalności jego, jako prymaryusza, połączony z uroczystością otwarcia nowego pawilonu chirurgicznego. Zewsząd, z całego kraju, garnęła się drużyna dawnych lekarzy oddziału, by złożyć hołd swemu zwierzchnikowi, ofiarując mu, jako dowód swej wdzięczności, znakomicie wykonany portret i fundując, w myśl dbałego zawsze w pierwszym rzędzie o dobro swych pacyentów jubilata, stałą kwotę, z której odsetki miały być corocznie rozdzielane pomiędzy godnych rekonwalescentów oddziału chirurgicznego. Z okazyi tego jubileuszu pospieszyli też wszyscy inni, znający ś. p. Obalińskiego, by mu złożyć serdeczne życzenia, a Towarzystwo lekarskie krakowskie i Towarzystwo ratunkowe uznały Go godnym najwyższego odznaczenia, jakiem rozporządzały, mianując swym członkiem honorowym.

Pożegnanie ś. p. Obalińskiego z personalem szpitalnym, z okazyi nominacyi na zwyczajnego profesora chirurgii, było ponownym dowodem serdeczności stosunku między szefem a podwładnymi.

Z wielkim niepokojem śledziliśmy przebieg choroby ś. p. Obalińskiego i, pomimo przygotowania się do ciężkiego ciosu, który nam zagrażał, wiadomość o śmierci tego zasłużonego człowieka i najtęższego kolegi, wzruszyła do głębi ogół lekarski.

Niezliczone tłumy publiczności ze świata lekarskiego i z poza niego, towarzyszące zwłokom zmarłego do grobu, były najwymowniejszym dowodem głębokiej czci, miłości, przywiązania, wdzięczności, oraz prawdziwego żalu, jaki wszystkich bez wyjątku ogarnął na wieść o rychłym zgonie ukochanego nauczyciela, sławnego lekarza, najwzorowszego kolegi.

Osoba ś. p. Obalińskiego, jako człowieka i kolegi, będzie na wieki otoczoną aureolą nieskazitelności. Na jego pamięci, jako człowieka serca, nie ciąży ludzki żal i krzywda, chociaż Jemu los ich nie szczędził. Ideałem i marzeniem Jego były usłużność i pomoc każdemu, bez względu na osobę. Z takiem samem uczuciem stawał w obronie każdej dobrej sprawy i w usługach każdej publicznej instytucyi, o której zbawiennem działaniu był przekonany.

W Towarzystwie lekarskiem był nie tylko jednym z najczynniejszych członków, ale w r. 1883 jego

prezesem, członkiem prawie wszystkich ważniejszych komisyj i komitetów. Jego inicyatywie i skrzętnej pracy zawdzięcza swe powstanie Towarzystwo ratunkowe w Krakowie, o ktorego konieczności i zbawiennej działalności, pisać dziś byłoby chyba zbytecznem. Ś. p. Obaliński, wraz z prof. Rydygierem, był główną dźwignią Zjazdów chirurgów polskich. Zasługa Jego i na tem polu nie mała, nietylko jako męża nauki, ale bardziej jeszcze ze stanowiska narodowego, gdyż chirurdzy polscy złączeni za inicyatywą prof. Rydygiera i ś. p. prof. Obalińskiego w jedno Towarzystwo, dali dowód narodom ościennym i całemu światu, że przemoc zdołała nam wprawdzie odebrać samodzielność państwową, rozwoju jednak duchowego i naukowego żadna siła tego świata pozbawić nas nie zdoła.

Zjazdy nasze wprawdzie co do liczby uczestników z natury rzeczy nie mogą się równać ze Zjazdami chirurgów niemieckich, francuskich i włoskich, lecz co do strony naukowej, treści i wartości wykładów i odczytów oraz przeprowadzonej dyskusyi, dzięki właśnie dzielnemu kierownictwu i wznieceniu ogólnego zapału przez prezesa i wiceprezesa, Rydygiera i Obalińskiego, w niczem im nie ustępują. To też na najbliższym Zjeździe brak Obalińskiego z pewnością mocno się da uczuć; braknie go przedewszystkiem w dyskusyi, gdzie bystrym swym umysłem zdołał zawsze rozprawy, gubiące się nieraz w drobnych szczegółach, sprowadzić do właściwego tematu. Zresztą brał ś. p. Obaliński nie tylko żywy udział w życiu naukowem, ale także i w społecznem, zwłaszcza o ile chodziło o sprawy, dotyczące stanu lekarskiego. Lekarze krakowscy, uznając skuteczną Jego działalność i na tem polu, przy ostatnich wyborach wybrali Go niemal jednogłośnie do Izby lekarskiej. W Radzie miejskiej zasiadał od roku 1890 do 1896 i, jedynie tylko z powodu nawału pracy zawodowej, z niej wystąpił.

Choć los nieubłagany przedwcześnie przeciął nić Jego żywota, choć mu wypadło ustąpić z areny działalności w chwili, kiedy właśnie otwierało się przed Nim nowe pole działania, do którego całe życie wzdychał, nie mniej jednak tem, co zdziałał, wysoko się zasłużył społeczeństwu, nauce i ojczyznie.

Wysoki Wydział krajowy dał wyraz uznania Jego skutecznej pracy dla kraju, zezwalając, by pogrzeb odbył się kosztem funduszu szpitalnego.

Cała Polska chlubić się może tym synem, który w dzielnej, cichej a skromnej pracy, widział cel swego żywota, a pracując skutecznie i wytrwale, zdołał zaskarbić sobie cześć nie tylko u swoich, ale i u obcych. Takich więcej — a wytrwamy!

Prof. Dr. R. Trzebicky.

Spis prac ś. p. Prof. Dra Obalińskiego.

1) Spostrzeżenia chirurgiczne z oddziału chorób zewnętrznych szpitala św. Łazarza. (*Przegl. lek.*, Nr. 36—37, 1871).

2) O przesadzaniu skóry na powierzchnie brodawkujące w celu przyśpieszenia zabliźnienia. (*Przegl. lek*, Nr. 43—46, 1871).

3) Przyczynek do obrażeń brzucha przenikających. (*Przegl. lek.*, Nr. 11—12, 1872).

4*a*) Zapalenie okostnej i martwica kości dolnoszczękowej, wskutek działania wyziewów fosforowych. Wyleczenie zapomocą wyłamania szczęki dolnej. (*Przegl. lek.*, Nr. 50, 1873).

b) To samo po niemiecku (*Archiv f. klin. Chir.*, Bd. XVI. H. 3. J. 1873).

5) Przypadek tętniaka groniastego (Obaliński i Browicz, 1873).

6) Sprawozdanie o ruchu chorych i chorób na oddziele chirurg. szpitala św. Łazarza za rok 1872. (*Przegl. lek.*, Nr. 3—8, 1874).

7*a*) Wyleczenie 2 przypadków raka skórnego płaskiego zapomocą nalewu kory *Condurango* (*Przegl. lek.*, Nr. 24, 1874).

b) To samo po niemiecku. (*Centralblatt für Chirurg.*, Nr. 12, 1874).

8) Kilka słów o Esmarcha bezkrwawym sposobie wykonywania operacyi (*Przegl. lek.*, Nr. 29, 1874).

9) Sprawozdanie z ruchu chorych i chorób za rok 1873. (*Przegl. lek.*, 1874).

10) Kilka słów o leczeniu złamań kości udowej zapomocą ciężarków. (*Przegl. lek.*, Nr. 44, 1874).

11) O wpływie nowszych sposobów leczenia ran na gojenie się tychże. (*Przegl, lek*, Nr. 1—7, 1877).

12) Uwagi nad leczeniem zapalenia stawu biodrowego zapomocą ciężarków. (*Medycyna*, str. 161, 1878).

13) Przyczynek do kazuistyki rozcięcia chrząstek tarczykowych. (*Medycyna*, str. 641, 1879).

14) Przypadek wydobycia kamienia cięciem wysokiem. (*Medycyna*, str. 577, 1880).

15) Doświadczalny przyczynek do przesączania krwi do jamy otrzewnowej. (*Przegl. lek.*, Nr. 9—10, 1880).

16) Przypadek olbrzymiej słoniowaciny części płciowych męzkich. (*Medycyna*, str. 625, 1881).

17) Doświadczenia z dziedziny neurochirurgii (*Przegl. lek.*, Nr. 42—45, 1881).

18) Nieco o zutruciu jodoformem. (*Przegl. lek.*, Nr. 6, 1882).

19*a*) Krytyczne uwagi nad 2 pomyślnymi przypadkami trepanacyi czaszki. (*Przegl. lek.*, Nr. 41—43, 1882).

b) To samo po niemiecku. (*Wiener med. Wochenschrift*).

20*a*) Uwagi nad wyborem sposobu resekcyi stawu skokowego, na podstawie własnych doświadczeń. (*Przegl. lek.*, Nr. 27, 1883).

b) To samo po niemiecku. (*Centralblatt f. Chir.*, Nr. 32, 1884).

21*a*) W sprawie chirurgicznego leczenia wola. (*Medycyna*, Nr. 5, 1884).

b) To samo po niemiecku. (*Centralblatt für Chir.*).

22) Nowsze wskazania do uretrotomii zewnętrznej.

23*a*) O laparatomiach, wykonanych z powodu niedrożności jelit. (*Przegl. lek.*, Nr. 49—50, 1884).

b) To samo po niemiecku. (*Wiener med. Presse*, 1885).

24) Szkice herniologiczne. (*Medycyna*, Nr. 16—18, 1885).

25) Druga serya laparotomij, wykonanych z powodu niedrożności jelit. (*Gaz. lek.*, str. 525, 1885).

26) Rzadki przypadek powtórnej laparotomii z powodu niedrożności jelit. (*Przegl. lek.*, 1885).

27) Laparotomia z powodu przypadów niedrożności jelit, wywołanych pęknięciem jaja płodowego zamacicznego. (*Przegl. lek*, Nr. 25, 1885).

28) Trzecia serya laparotomij z powodu niedrożności jelit. (*Przegl. lek*, Nr. 50—51. 1885).

29*a*) Przyczynek do operacyi plastycznych, wykonywanych w celu podniesienia zapadniętego nosa. (*Przegl. lek.*, Nr. 10, 1886).

b) To samo po niemiecku. (*Deutsche Zeitsch. f. Ch.* B., 23 H. 2).

30) Jeszcze w sposobie pierwszorzędnej enteroraphii po wycięciu pętli zgorzeliną dotkniętej. (*Przegl. lek.*, Nr. 21, 1886).

31) Nowa metoda autoplastyki. (*Przegl. lek.*, Nr. 23, 1887).

32) Prosty sposób leczenia lekkich zniekształtnień kolana u dzieci. (*Przegl. lek.*, str. 60, 1887).

33) Przyczynek do wiadomości o gorączce moczowej. (*Przegl. lek.*, str. 77, 1887).

34*a*) W sprawie techniki operacyjnej przy bocznej pharyngotomii, celem wydobycia nowotworów migdałka. (*Przegl. lek.*, Nr. 322, 1887).

b) To samo po niemiecku. (*Centralblatt f. Chir.*, Nr. 528, 1887).

c) To samo po czesku. (*Časopis lékařů českých*).

35) Mimowolna laparotomia z wyleczeniem. (*Wiad. lek.*, 1887).

36) Mittheilungen aus der chirurgischen Casuistik. (*Wiener med. Presse*, 1887).

37) Przyczynek do kazuistyki nowoczesnych operacyi wola. (*Przegl. lek.*, str. 365, 1887).

38*a*) W sprawie techniki przy amputacyi przedudzia. (*Przegl. lek.*, 1887).

b) To samo po niemiecku. (*Centralblatt f. Chir.* Nr. 51).

39*a*) Nowy rodzaj narkozy mięszanej. (*Przegl. lek.*, str. 225—229, 1888).

b) To samo po niemiecku. (*Wiener klin. Wochensch.*, Nr. 15—16).

40) W sprawie leczenia zwężeń gardzieli zapomocą kaniul trwale w nich pomieszczonych (*Przegl. lek.*, str. 271, 1888).

41*a*) O laparotomii, jako środka leczniczym w niedrożności jelit. (*Przegl. lek.*, str. 501—515—527, 1888).

b) To samo po niemiecku. (*Archiv Langenbeck f. klin. Ch.*. 38).

42*a*) W sprawie doszczętnego leczenia przepuklin zapomocą metody Mac Evena. (*Przegl. lek.* Nr. 3, 1889).

b) To samo po niemiecku. (*Internationale Rundschau*, Nr. 3, 1889).

43) Dalsze uwagi nad doszczętną operacyą przepuklin metodą Mac Evena. (*Przegl. lek.*, 338 i 351, 1889).

44) O wtórorzędnej, t. j. skutkiem zabiegów na otrzewny powstającej, niedrożności jelit. (*Przegl. lek.*, str. 65--67, 1889).

45*a*) Uwagi nad recydywą bólu twarzowego po neurektomijach jednej z gałęzi nerwu trójdzielnego. (*Przegl. lek.*, str. 405, 1889).

b) To samo po niemiecku. (*Wiener klin. Wochenschr.*).

46) O doszczętnem leczeniu zatrzymania moczu u dotkniętych przerostem gruczołu krokowego zapomocą prostatectomii (*Przegl. lek.*, str. 441, 1889).

47) Obaliński i Jaworski: Przypadek resekcyi odźwiernika rakowato zwyrodniałego, oraz spostrzeżenia nad czynnnością żołądka po wyzdrowieniu z tej operacyi. (*Nowiny lek.*, 4, 1889).

48*a*) Uwagi nad czasową resekcyą szczęki dolnej, dokonywaną w celu wyciągnięcia nerwu żuchwowego. (*Gaz. lek.*, 107, 1889).

b) To samo po niemiecku. (*Wiener med. Presse*, 9).

49) O niespodziankach po gastroenterostomii. (*Now. lek.*, 11, 1890).

50*a*) Nowa metoda resekcyi stępu. (*Przegl. lek.*, 535, 1890).

b) To samo po niemiecku. (*Centralblatt f. Ch*, 43).

51) Dwa nowe własne pomysły, ułatwiające zakładanie przewiązek i szwów. (*Przegl. lek.*, 607, 1890).

52*a*) Z zakresu chirurgii nerek. (*Przegl. lek*, 3—20—35, 1891).

b) To samo po niemiecku. (*Volkmanns Sammlung klin. Vorträge*, 10).

53*a*) O wynikach, osiągniętych zapomocą własnej metody resekcyjnej na stopie. (*Przegl. lek.*, 5, 1891).

b) To samo po niemiecku. (*Archiv f. klin. Ch*, 43, H. 2).

54) Ueber seröse retroperitoneale Cysten. (*Wiener klin. Woch.*, 39, 1891).

55) Pamiętnik oddziału chirurgicznego szpitala św. Łazarza w Krakowie.

56*a*) O laparotomii w niedrożności jelit wewnętrznej, na podstawie 110 własnych przypadków. (Rok 1893).

b) To samo po niemiecku. (*Archiv f. klin. Chir.*, Bd. 48, H. 1).

57) Ueber neuere Indicationen zur Salpingotomie. (*Wiener klin. Wochenschr.*, J. 1894).

58*a*) W sprawie wyboru metody operacyjnej przy włókniakach macicy. (*Przegl. chirurg.*, Z. II, T. II, 1894).

b) To samo po niemiecku. (*Wiener Klinik.*, H. 12).

59*a*) W sprawie zupełnego wykluczenia pętli jelitowej. (*Medycyna*, 44, 1894).

b) To samo po niemiecku. (*Centralblatt f. Ch.*, 49).

60) O nowych sposobach chirurg. leczenia wola w ogólności, a w szczególności o wyłuszczaniu sposobem Socina. (*Przegląd lek.*, 1894).

61*a*) Modyfikacya postępowania operacyjnego, podanego przez Gleicha, celem leczenia boleśnego płaskonogu. (*Przegląd lekarski*, 33, 1895).

b) To samo po niemiecku. (*Wien. med. Presse*, 41).

62*a*) Przyczynek do rozpoznawania i leczenia zapaleń w linii przyrostkowej panewki biodrowej. (*Gaz. lek.*, 1895).

b) To samo po niemiecku. (*Wiener. med. Woch.* 7—8).

63) O zużytkowaniu promieni Roentgena w celach dyagnostycznych. (*Przegl. lek.*, 8, 1896).

64*a*) Jeszcze w sprawie zupełnego wykluczenia kiszki grubej. (*Przegl. lek.*, 32, 1896).

b) To samo po niemiecku. (*Centralblatt f. Ch.*, 34).

65*a*) Przyczynek do operacyjnego leczenia ropnych zapaleń śródpiersia tylnego. (*Przegl. lek.*, 52, 1890).

b) To samo po niemiecku. (*Wiener klin. Wochenschrift*, 50).

66) Obecny stan chirurgii nerek. (*Gazeta lek.*, 1896).

67) Weitere Beiträge zur Nierenchirurgie. (*Wien. med. Wochenschr.*, 6—7, 1897).

68*a*) Nowy sposób trepanacyi czaszki. (*Przegl. lek.*, Sierpień, 1897).

b) To samo po niemiecku. (*Centralblatt f. Ch.*, 1897).

II. **Z oddziału chorób wewnętrznych szpitala Św. Łazarza w Krakowie.**

W sprawie diazoreakcyi Ehrlicha w moczu

napisał

Dr. Antoni Krokiewicz,

prymaryusz.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

XII. Zapalenia gośćcowe. Stłuczenia.

a) Przypadków zapalenia stawów ostrego lub przyostrego (Polyarthritis rheumatica) leczono w szpitalu 53, a wykonano diazoreakcyę 910 razy. W 6 tylko przypadkach zapalenia ostrego stawów, przy gorączce 39° C. i zwyż, wystąpiła w moczu diazoreakcya; nadmienić jednak należy, iż okoliczność ta nie stała w związku ani z gorączką ani ze stopniem nasilenia sprawy chorobowej. Częstokroć bowiem można było zauważyć, iż pomimo dalszego trwania wysokiej gorączki i szerzenia się sprawy chorobowej na dalsze stawy, diazoreakcya w moczu nie pojawiała się. Zresztą diazoreakcyi w moczu, w pozostałych 47 przypadkach chorobowych, nie można było stwierdzić, pomimo, że w kilkunastu przypadkach wykonywano ją przez dłuższy czas.

b) W przebiegu gośćca mięśniowego (rheumatismus muscularis) wykonano diazoreakcyę w moczu w 14 przypadkach 61 razy; zawsze z wynikiem ujemnym.

c) Również w 12 przypadkach znaczniejszego stłuczenia ciała (contusio corporis), powikłanego nieraz ze złamaniem żeber, wykonano w moczu diazoreakcyę Ehrlicha 101 razy, zawsze z wynikiem ujemnym.

XIII. W 2 przypadkach zapalenia mięśni w następstwie zapalenia rzeżączkowego (Myositis gonorrhoica), przebiegającego wśród gorączki 38·5° C. wykonano 22 razy diazoreakcyę Ehrlicha w moczu, zawsze z wynikiem ujemnym.

XIV. W przebiegu zapaleń ropnych ograniczonych lub rozsianych tudzież zgorzeli obwodowej wykonano 178 razy diazoreakcyę w 20 przypadkach chorobowych. Wyłączyć tu należy wszelkie zapalenia ropne powstałe w następstwie. Poszczególnie rzecz się przedstawia, jak następuje:

w przebiegu *Angina follicularis* wykonano 27 razy diazoreakcyę w 8 przyp. chor.

w przebiegu *Abscessus tonsillarum* wykonano 9 razy diazoreakcyę w 3 przyp. chor.

w przebiegu *Furunculosis* wykonano 2 razy diazoreakcyę w 1 przyp. chor.

w przebiegu *Mastitis supppurat.* wykonano 3 razy diazoreakcyę w 1 przyp. chor.

w przebiegu *Exsudatum parametrit. pur.* wykonano 5 razy diazoreakcyę w 2 przyp. chor.

w przebiegu *Paranephritis supp.* wykonano 19 razy diazoreakcyę w 1 przyp. chor.

w przebiegu *Exs. paratyphl. pur. Anus praet.* wykonano 52 razy diazoreakcyę w 1 przyp. chor.

w przebiegu *Pyaemia p. phlegmone fem.* wykonano 9 razy diazoreakcyę w 1 przyp. chor.

w przebiegu *Phlegmone retroperiton.* wykonano 10 razy diazoreakcyą w 1 przyp. chor.

w przebiegu *Gangraena utriusque ped. et cruris p. congelationem* wykonano 42 razy diazoreakcyę w 1 przyp. chorob.

W przebiegu zgorzeli obu stóp i przedudzi, w następstwie odmrożenia, ani razu, pomimo gorączki i wykonania 42 razy diazoreakcyi, nie uzyskano wyniku dodatniego. Chory okazywał znacznego stopnia wynędznienie i został przeniesiony na oddział chirurgiczny, w celu odjęcia części obumarłych. W przypadkach ropni, czyraków i ropnicy stwierdzono zawsze, wraz z gorączką, diazoreakcyę w moczu; jednak zjawisku temu nie można przypisać żadnego donioślejszego znaczenia.

XV. W jednym przypadku zapalenia gruczołu przyusznego (Parotitis serosa) wykonano 4 razy diazoreakcyę, ale z wynikiem ujemnym. Chora naówczas gorączkowała między 38°—38·5° C.

XVI. Nowotwory.

Rak żołądka (Carcinoma ventriculi). Przypadków raka żołądka spostrzegano 35, a wykonano diazoreakcyę Ehrlicha w moczu w przebiegu tej sprawy chorobowej 574 razy. W 12 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne; zresztą chorzy na własne żądanie, aby uniknąć autopsyi, opuścili szpital. Nadmienić jednak należy, iż w tych przypadkach rozpoznanie nie ulegało żadnej wątpliwości. We wszystkich przypadkach, z wyjątkiem gdzie obok raka żołądka znajdowały się bardzo rozległe zmiany gruźlicze w płucach i gdzie zejście śmiertelne rychlej należy odnieść do sprawy gruźliczej (Phthisis florida pulmonum), niż do nowotworu rakowego w żołądku i przerzutów rakowych w wątrobie, diazoreakcya dawała wynik ujemny. Nigdy wybitnej diazoreakcyi Ehrlicha w moczu nie stwierdziliśmy w przebiegu samego tylko raka w żołądku tak, że okoliczność tę podnosimy, jako cechę rozpoznawczą pomiędzy innemi w pewnych wątpliwych przypadkach, w których, z powodu bardzo posuniętej sprawy chorobowej, rozpoznanie kliniczne jużto niemożebne, jużto tylko z pewnem prawdopodobieństwem postawić można. Nawet w przebiegu zapalenia posokowatego jamy brzusznej, które nastąpiło w jednym przypadku wskutek przebicia nowotworu rakowego żołądka do jamy otrzewnowej, a w drugim — jako powikłanie bez przebicia ściany żołądka, nie otrzymaliśmy diazoreakcyi. W jednym przypadku w przebiegu raka żołądka, który zakończył się śmiercią z powodu *peritonitis septica e perforatione*, wykonano 101 razy diazoreakcyę; w drugim 83 razy. Zresztą ograniczano się do wykonania diazoreakcyi kilkanaście razy w pojedynczym przypadku.

Na uwagę zasługują dwa przypadki, w których brak diazoreakcyi, wbrew przebiegowi klinicznemu, przemawiał za nowotworem rakowym żołądka.

N. N. przyjętą została do szpitala ze znacznymi obrzękami. Badanie kliniczne było utrudnione z tego powodu, że treści żołądkowej nie można było uzyskać; chora bowiem nie wymiotowała, a założenie zgłębnika, z powodu znacznego osłabienia, było niemożliwe. Obraz kliniczny przemawiał za gruźlicą przewodu pokarmowego i następową wodnistością krwi (hydremia). Chora skarżyła się na ból w dolnej części brzucha, w postaci rznięcia, pojawiającego się od czasu do czasu w dzień i w nocy; miała codziennie 8—9 stolców wodnistych, tudzież przez cały przeciąg pobytu w szpitalu gorączkowała od 38—39° C. (w ciągu 18 dni). Badaniem stwierdzić tylko można było wypuk krót-

szy nad szczytem prawego płuca, bez ważniejszych cech, bolesność całego brzucha, a pośród jamy brzusznej guzy wielkości orzechów włoskich i jaj gołębich, który to obraz jednak, w miarę szybko wzrastającej opuchliny jamy brzusznej, rychło się zatarł. Z tego powodu nasuwała się myśl w czasie obserwacyi klinicznej, iż w danym przypadku ma się do czynienia z zagęszczeniem gruźliczem szczytu płuca prawego, wrzodami gruźliczymi w jelitach i gruźlicą gruczołów krezkowych (Condensatio apicis pulmonis dextri. Ulcera tuberculosa intestinorum. Tabes mesaraica). Jedynie brak w moczu diazoreakcyi przez cały czas spostrzegania klinicznego, która w przebiegu owrzodzeń gruźliczych występuje, naprowadzał na sprawę nowotworową i w myśl tego rozpoznano raka w żołądku i przerzuty na sieci i pośród gruczołów krezkowych. (Carcinoma ventriculi. Metastases carcinomatosae omenti ac glandularum mesaraicarum). Nie ulega zatem wątpliwości, iż w danym przypadku odnieść należy gorączkę i biegunkę do sprawy posoczniczej (sekcya wykazała Carcinoma exulcerans ventriculi), wywołanej rozpadem tkanki nowotworowej, a trafność rozpoznania klinicznego należy zawdzięczyć stałemu ujemnemu wynikowi diazoreakcyi Ehrlicha w moczu. Diazoreakcyę w owym przypadku wykonywano codziennie, przez 18 dni, aż do śmierci.

W drugim przypadku wskazówki etyologiczne i obraz kliniczny przemawiały za marskością zanikową wątroby (cirrhosis hepatis atrophica). Można było stwierdzić niezwykłe nadużywanie wódki, bardzo znaczny stopień opuchliny jamy brzusznej, mniej kończyn dolnych, brak bólów i wymiotów w czasie 14 dniowego pobytu w szpitalu. Badanie płynu w ilości 6 litrów, wypuszczonego z jamy brzusznej, wykazało treść jasną, czystą, żółto bursztynową, co przemawiało przeciw zmianom zapalnym na otrzewnej. Wykonano 10 razy diazoreakcyę z wynikiem ujemnym, poczem chory zmarł. Sekcya stwierdziła nowotwór rakowy żołądka o utkaniu galaretowatem i przerzuty liczne na otrzewnej. Zważywszy, iż według naszego doświadczenia, w przebiegu marskości zanikowej wątroby występuje od czasu do czasu diazoreakcya, niezależnie od bilirubiny w moczu, bylibyśmy uzyskali trafne rozpoznanie kliniczne, uwzględniając brak jej w ciągu naszej dziesięciorazowej obserwacyi.

Inne przypadki raka żołądkowego nie przedstawiały za życia żadnej trudności, co do pewności rozpoznania klinicznego.

b) W przypadku raka gardziela (Carcinoma oesophagi), który zakończył się śmiertelnie wykonano 9 razy diazoreakcyę z wynikiem ujemnym.

c) W przypadku raka wątroby (Carcinoma hepatis) wykonano 5 razy diazoreakcyę, z wynikiem ujemnym.

d) W przypadku raka trzustki (Carcinoma pancreatis) wykonano raz diazoreakcyę, z wynikiem ujemnym.

e) W przypadku raka odbytnicy (Carcinoma recti) wykonano 3 razy diazoreakcyę, z wynikiem ujemnym.

We wszystkich tych przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne, a sekcya stwierdziła przerzuty nowotworowe w narządach wewnętrznych i gruczołach chłonnych jamy brzusznej.

f) Rak macicy (Carcinoma uteri). W 7 przypadkach rozległego raka macicy wykonano 179 razy diazoreakcyę Ehrlicha w moczu. U chorych, dotkniętych rakiem macicy, w 3 przypadkach znajdowały się rozległe zmiany nowotworowe w pęcherzu, a w jednym przypadku w pochwie i odbytnicy. We wszystkich przypadkach można było stwierdzić zmiany nieżytowe pęcherza, w większym lub mniejszym stopniu. Nigdy w przebiegu raka macicy nie zauważono diazoreakcyi Ehrlicha w moczu; w jednym tylko przypadku, w przebiegu bardzo rozległego raka macicy, pęcherza i odbytnicy stwierdzono, na 105 obserwacyj, diazoreakcyę w moczu 8 razy; zresztą zawsze był brak takowej. W przypadku tym to krótkotrwałe pojawienie się diazoreakcyi Ehrlicha w moczu należy odnieść do sprawy chorobowej, która naówczas zaznaczyła się wysoką gorączką, obrzękiem nogi lewej, dreszczami i obecnością krwi w moczu. Po tych 8 razach znikła aż do śmierci diazoreakcya w moczu. Sekcya tłómaczy nam to zjawisko, skoro uwzględnimy rozpoznanie anatomiczne: *Carcinoma exulcerans vaginae, uteri, recti. Metastases carcinomatosae in parametrio. Fistula recens vesicovaginalis et vaginorectalis. Exsudatum purulentum saccatum in cavo Douglasi. Peritonitis fibrinopurulenta. Hydronephrosis renis d. Phlegmone cruris sin. Thrombosis venae cruralis sin. Atrophia musculi cordis.*

Wszystkie przypadki raka macicy zakończyły się śmiertelnie. W raku macicy zatem brak diazoreakcyi Ehrlicha w moczu, jeśli nie dołącza się ostra ropna sprawa gorączkowa.

g) Nieco odmienniej ma się rzecz w przypadkach raka jajnika (Carcinoma ovarii). W dwóch przypadkach raka jajnika wykonano 111 razy diazoreakcyę w moczu, zawsze z wynikiem dodatnim. W 1 przypadku sekcya stwierdziła: *Carcinoma ovarii d. Metastases carcinomatosae hepatis ac gl. lymphaticarum abdominis. Endocarditis verrucosa recens;* w drugim przypadku protokół oględzin pośmiertnych opiewał: *Carcinoma ovarii utriusque Carcinosis peritonei et omenti. Peritonitis serofibrinosa traumatica (p. punctionem abdominis). Atrophia musculi cordis.* W tym ostatnim przypadku wykonano za życia diazoreakcyę 105 razy zawsze z wynikiem dodatnim.

Tyle co do diazoreakcyi Ehrlicha w moczu w przytoczonych powyżej sprawach chorobowych.

Uwzględniając wynik naszych spostrzeżeń dochodzimy do następujących wniosków:

1) Diazoreakcya Ehrlicha w moczu nie ma żadnego donioślejszego znaczenia tak ze stanowiska dyagnostycznego jak i prognostycznego w zapaleniu płuc krupowem i nieżytowem, w nieżytach oskrzelowych, w zapaleniu opłucnej, w zgorzeli płuc, w rozedmie płucnej, w chorobach narządu krążenia, trawienia, układu nerwowego, w chorobach krwi i nieprawidłowej przemiany materyi, w przebiegu zatruć ostrych wyskokiem, metaloidami, alkaloidami i gazami, w przebiegu rozmiękczenia kości, zimnicy i malaryi, gośćca stawowego i mięśniowego, róży, zapaleń mięśni na tle rzeżączkowem, stłuczeń ciała, zakażeń ropnych i posokowatych, zapalenia gruczołu przyusznego.

2) W chorobach nerkowych, o ile one nie polegają na zatruciu leczniczymi środkami barwikowymi, n. p. chryzorabiną — diazoreakcyi Ehrlicha w moczu nigdy stwierdzić nie można.

3) W przypadkach raka żołądka, gardziela, odbytnicy, trzustki, wątroby i macicy — brak diazoreakcyi Ehrlicha zawsze w moczu. Jeśli w przypadkach raka macicy wystąpi krótkotrwała diazoreakcya Ehrlicha w moczu, świadczy to o dołączeniu się rozleglejszego zapalenia w tkankach

4) W przypadkach pierwotnego raka jajników z następowymi przerzutami na sieci i otrzewnej diazoreakcya występuje w moczu.

5) W gruźlicy płuc pojawienie się diazore-

akcyi w moczu wskazuje na niepomyślne rokowanie, a mianowicie na przebieg ostry sprawy chorobowej. Częstokroć diazoreakcya wyprzedza tu badanie bakteryologiczne. Jeśli zmiany w płucach są nieznaczne, a w moczu występuje diazoreakcya Ehrlicha, sprawa chorobowa rychło się kończy niepomyślnie. Obecność diazoreakcyi w moczu nie stoi w zależności od ilości prątków w plwocinach. Może być w plwocinach dużo prątków, a jednak jeśli nie można stwierdzić w moczu diazoreakcyi Ehrlicha, rokowanie na razie nie jest złe. Białkomocz, jako wyraz gorączki w gruźlicy, nie pozbawia warunków dla powstawania diazoreakcyi w moczu; podobnie i owrzodzenia gruźlicze w jelitach i towarzysząca im biegunka. Natomiast niema diazoreakcyi w moczu, jeśli, obok zmian gruźliczych w płucach, istnieje przewlekłe zapalenie nerek. Zgorzel płuc, jako powikłanie gruźlicy płuc, częstokroć paraliżuje wystąpienie diazoreakcyi w moczu. Bardzo obniża wartość prognostyczną diazoreakcyi w gruźlicy płuc skłonność do krwiotoków płucnych. Naówczas bowiem zmiany w płucach i w ogóle w narządach wewnętrznych nieznaczne, brak diazoreakcyi w moczu a mimo to przez nagłe pęknięcie zwyrodniałej gruźliczo ściany naczynia, w skutek n. p. gwałtownego kaszlu, może przyjść do silnego krwotoku i niespodziewanego zejścia śmiertelnego. W przypadkach usadowienia się sprawy gruźliczej przeważnie na błonach surowiczych pośród gruczołów chłonnych, narządu ruchowego i moczopłciowego, diazoreakcya Ehrlicha w moczu albo wcale nie znachodzi się, lub tylko od czasu do czasu. Zawsze występuje diazoreakcya Ehrlicha w moczu w przypadkah gruźlicy prosówkowej i tylko czasami, przed samą śmiercią, słabnie co do nasilenia.

6) W durze brzusznym, — nawet w postaci poronnej i lekkiej, — występuje diazoreakcya Ehrlicha w moczu zawsze w I. i II. okresie chorobowym; później słabnie, lub zupełnie znika. Diazoreakcyę Ehrlicha w moczu, w przebiegu duru brzusznego, można nawet, zdaniem naszem, uważać jako jeden z objawów chorobowych. Dopóki diazoreakcya Ehrlicha w moczu, w przebiegu duru brzusznego, istnieje, nie można uważać sprawy chorobowej, jako przełamującej się, nawet pomimo pozornie dobrego przebiegu klinicznego. Pojawienie się diazoreakcyi w moczu w okresie ozdrowienia wskazuje prawie zawsze na nawrót duru brzusznego.

7) W przypadkach wątpliwych i daleko posuniętych raków żołądka i gruźlicy przewodu pokarmowego, brak stały diazoreakcyi Ehrlicha w moczu przemawia za rozpoznawaniem tej pierwszej sprawy chorobowej.

W ogóle na podstawie naszych doświadczeń, jesteśmy uprawnieni do twierdzenia, że diazoreakcya jest jednym z bardzo ważnych czynników rozpoznawczych i prognostycznych dla lekarza klinicysty w przypadkach gruźlicy płuc i duru brzusznego. Śmiało rzec możemy, iż diazoreakcya Ehrlicha w moczu, to drogoskaz w rokowaniu dla klinicysty, w każdym przypadku duru brzusznego, a prawie zawsze i w gruźlicy płuc.

W celu wyświecenia, od czego zależy diazoreakcya w moczu, wykonywaliśmy odpowiednie doświadczenia z toksynami jadu gruźliczego, jadu duru brzusznego, róży, ropnego, użyczonymi nam uprzejmie przez Dra Batkę z zakładu higienicznego Uniwersytetu Jagiellońskiego. Mogliśmy jednak stwierdzić, iż ona nie zależy od powyższych toksyn. Również nie zależy od obecności peptonów w moczu.

Z uwagi, iż diazoreakcya różnie się zachowuje ze względu na okres chorobowy w durze brzusznym i gruźlicy płuc, nie możemy jej uczynić zależną od ilości antitoksyn w ustroju. Prawdopodobnie więc przyczynę powstawania diazoreakcyi Ehrlicha w moczu odnieść należy do obecności w moczu naówczas jakiegoś wytworu rozpadowego istot białkowatych komórek, bliżej nam nieznanego. O ile ta hipoteza zasługuje na uwagę, może w przyszłości uda się wykazać.

W Krakowie 1 czerwca 1898 r.

III. Z Instytutu anatomiczno-patologicznego prof. Dra A. Obrzuta.

Torbielkowate zwyrodnienie nerek u noworodka.

Podał

Dr. J. Krzyszkowski,

asystent.

(Dokończenie. Patrz Nr. 31).

Obraz mikroskopowy nerki prawej. Już gołem okiem, a tembardziej pod małem powiększeniem, widać odgraniczenie piramid od istoty korowej. W części przylegającej do miedniczki nerkowej, obok włókien tkanki łącznej, dość zbitej, spotykamy tu i owdzie komórki mięśni gładkich. Między tą warstwą a właściwemi piramidami mamy nieregularną warstwę komórek tkanki młodej, ziarninowej. Tkanka ta gubi się w istocie rdzennej nerki, której stanowi tło. W istocie rdzennej uderzają nas dwa rodzaje kanalików: A) Jedne mniej obfite, dość duże, często nadmiernie poroz- szerzane, przebiegające w najrozmaitszych kierunkach, za czem świadczy to, że na żadnym przekroju nerki nie otrzymałem ich na dłuższej przestrzeni. Kanaliki te posiadają przybłonek wysoki, prawie że walcowaty o jądrach dużych, barwiących się silnie hematoksyliną, a pośród nich spotykamy nieliczne zwężone, jeszcze silniej się barwiące komórki. Kształt tych kanalików jest bardzo rozmaity, często są esowato lub wężowato poskręcane; — kształt owalny pochodzi od skośnego przekroju. Rozmiary ich przedstawiają również znaczne wahania, od kanalików bardzo szerokich, do składających się zaledwie z kilku komórek o wązkiem świetle lub przestrzeni, wypełnionych kilku komórkami przybłonkowemi. Światło kanalików jest przeważnie wolne. Na nielicznych przekrojach widać po kilka warstw przybłonków; po dokładniejszem jednak zbadaniu dostrzedz łatwo, że pochodzi

to od skośnie poprowadzonego przekroju. B) Kanaliki drugiej kategoryi są w ogóle mniejsze, o komórkach sześciennych; obrysy ich wyraźniejsze, jądra barwiące się blado; wielkość ich podlega również wahaniu, jednak mniej znacznemu, niż poprzednich. W tkance podstawowej, około bardzo nielicznych kanalików i torbieli, znajdujemy komórki wydłużone o pałkowatem jądrze, bardzo do mięśni gładkich podobne. Istota korowa przedstawia obraz bardzo zajmujący. Możnaby ją na dwie części podzielić: na część powierzchowną, składającą się z licznych małych torbielków i część korową. Kora jest niejako poprzedzielaną na pojedyncze odcinki rozszerzonymi, prosto przebiegającymi kanalikami. Przybłonek ich jest zupełnie podobnym do przybłonka kanalików A), znajdujących się w piramidach. Na paru tych prostych kanalikach zauważyłem na granicy piramid nerkowych kolbkowate rozszerzenia. Reszta kanalików ma wejrzenie prawidłowe (komórki sześcienne, obrysy ich mniej wyraźne, jądra jasne, w części środkowej komórki ułożone). Kłębuszki, tutaj bardzo liczne, nie okazują zbyt wyraźnych pętli naczyniowych, jakkolwiek są wypełnione szczelnie ciałkami krwi, a pokryte komórkami o jądrach okrągłych, dużych, silnie się barwiących. Natomiast torebki Bowmana mają jądra maleńkie, także barwiące się silnie. W miarę zbliżania się ku powierzchni widzimy, że torebki te nieco się rozszerzają, kłębuszki zaś niestosunkowo maleją tak, że wreszcie w wielu torbielkach znajdujemy na ich ścianach płaskie pozostałości po kłębuszku, zawierające ciałka krwi wśród komórek przy- i śródbłonkowych. Warstwa powierzchowna kory, składa się z licznych drobnych, przeważnie nieregularnego kształtu, torbieli. Na ścianach zupełnie powierzchownie leżących torbieli śladu nigdzie nie ma po kłębuszkach. Torbiele te są wysłane komórkami płaskiemi, o jądrach dobrze się barwiących; obrysy komórek nie widoczne. Pośród tych torbieli udało mi się wynaleźć kilkanaście takich, gdzie na ścianie były wyraźne jeszcze, nieco zmienione obrysy komórek kanalików: komórki wysokie, protoplasma jasna, obrysy zaznaczone, jądra dość ciemne tuż przy *membrana propria*. Ściany wszystkich tych torbieli, a względnie tkanka pomiędzy nimi, stanowiąca zarazem ich ścianę, składa się z tkanki łącznej, wiotkiej, gdzieniegdzie już zbitszej, różnorako wciskająca się do torbieli samych tak, że torbiele te ostatecznie przyjmują zatokowate kształty. We wszystkich miejscach, odpowiadających zetknięciu się pojedynczych *renculi* nerki, zarodkowa ta tkanka, wraz z torbielami, wchodzi bardzo głęboko w miąższ nerki, dochodząc do tkanki włóknistej, otaczającej miedniczkę. Oprócz tych, bardzo licznych, ułożonych na powierzchni torbieli, spotykamy jeszcze zwykle na średniej wielkości preparacie parę innych, nieco odmienne wywołujących wrażenie, a mianowicie torbiele okrągłe, ułożone między piramidami, lub na granicy substancyi korowej. Są one znacznie większe, otoczone paskiem tkanki wiotszej, przesiąkłej niejako treścią torbiela; w tej tkance znajdują się wszystkie pierwiastki składowe otaczającego utkania, a więc oba rodzaje kanalików A) i B), oraz naczynia. Kanaliki i włókna tkanki łącznej są łukowato, równolegle do światła torbiela wygięte, robią wrażenie, jakby się poddawały lub ustępowały parciu treści. Torbiele są na większych przestrzeniach pozbawione przybłonka, który złuszczony, znajduje się w dość ziarnistej treści torbiela, zawierającej nieliczne ciałka krwi i wydłużone komórki tkanki podstawowej otoczenia. Do tych dwóch głównych typów torbieli dodać jeszcze należy bardzo nieliczne, powstałe ze zlania się paru rozszerzonych *ad maximum* kanalików krętych, wskutek zaniku tkanki międzymiąższowej znajdującej się pomiędzy niemi. W świetle tych, zresztą bardzo nielicznych torbieli widać resztki przegródek na ścianach, tu i owdzie typowe komórki kanalików nerkowych, a treść ich jest też najbardziej ziarnistą i tu najczęściej spotykałem rozpadłe ciałka krwi, lub masy szkliste (hyalinowe) i rozpadki (detritus) komórek. W ogóle utkanie tej nerki jest dość unaczynione, a tu i ówdzie w tkance międzymiąższowej widoczne dość rozległe wybroczyny.

Nerka lewa i pod mikroskopem czyni wrażenie zmian znacznie dalej sięgających, lub, raczej powiedzmy, nie wywołuje zupełnie wrażenia nerki. O odnalezieniu prawidłowej budowy miąższu nerkowego mowy tutaj niema; zaledwie bardzo nieliczne i to zanikające ślady kłębuszków Malpigiego świadczą o tożsamości narządu. W ogóle całość robi raczej wrażenie jakiegoś nowotworowego (mięsakowatego) utkania, w którem spotyka się liczne torbiele o kształtach przeważnie nieregularnych, zatokowatych, umiejscowione w części odpowiadającej korze; lecz może najciekawsze są przekroje kanalików o wysokim przybłonku i dużych, silnie się barwiących, jądrach, zupełnie podobne do kanalików A) nerki prawej. Każdy taki przekrój kanalika jest otoczony kilku lub kilkunastu warstwami komórek młodej zarodkowej tkanki łącznej i, im bliżej ku obwodowi, tem bardziej przybierającej cechę ustalającej się o wydłużonych jądrach i włóknach. Zwykle kilka takich obrosłych kanalików jest objętych paru współśrodkowemi warstwami tejże samej tkanki. Kanalików, podobnych do kanalików B) nerki prawej, ani też odpowiadających prawidłowym, tutaj nie znalazłem.

Torbiele w nerce lewej są liczne i ułożone głównie w części korowej; podobne one są do torbieli nerki prawej, tylko, że są znacznie większe, a kształty ich bardziej nieregularne, wybitnie zatokowate; tkanka łączna, pomiędzy nimi ułożona, jest obfitsza, zbitsza i niejako wybujała do światła torbieli, wypuklając przed sobą wyścielający je przybłonek. Przybłonek płaski o jądrach silnie się barwiących, na wielu miejscach odłuszczony, leży luźnie w treści torbieli. Wiele z tych odłuszczonych przybłonków jest znacznie powiększonych, wodniście obrzękłych; nieraz dochodzą owe komórki do znacznych rozmiarów; protoplasma wodojasna, jądro małe, tu i owdzie spotykamy taką komórkę pękniętą i z niej półksiężycowatego kształtu zewnętrzną otoczkę protoplazmy, oraz jądro luźnie leżące. W wielu też torbielach spotyka się mniej lub więcej liczne ciałka krwi. Na ścianach wielu torbieli spotykałem małe zlepieńce (konglomeraty) komórek przybłonkowych, które ze względu na brak w nich ciałek czerwonych krwi, trudno uważać za niedokształcone kłębuszki. Kłębuszki Malpigiego spotykamy na całej przestrzeni, lecz bardzo nieliczne i to przeważnie w stanie zaniku. Kłębuszki o wyraźnych pętlach i torebce Bowmana są nadzwyczaj rzadkie i znajdują się głównie w głębszej warstwie kory, w reszcie kłębuszków, leżących często luźnie w tkance, nie spotykamy wyraźnych pętli, a wielu możemy się domyślać z charakterystycznego ułożenia komórek i ciałek krwi czerwonych. Te szczątki kłębuszków leżą zwykle w otoczeniu paru kanalików, lub luźnych komórek przybłonkowych,

w nieco wiotszej tkance łącznej, ułożonej pomiędzy ścianami torbieli.

Część miąższu nerki, znajdująca się tuż przy miedniczce, przedstawia obraz, zupełnie podobny do nerki prawej. W miejscach, odpowiadających brodawkom, znajdują się smugi mięśni gładkich. Jamki zaś owe, makroskopowo widzialne w rozszerzonej miedniczce, wchodzą dość głęboko w miąższ, zdają się nawet komunikować z kanalikami, a w głębszych częściach są wypełnione złuszczonym przybłonkiem i ciałkami krwi.

Zajmującym jest ten fakt, że w wielu większych torbielach, silnie zatokowatych, tam, gdzie się znajduje częściowo złuszczony przybłonek, obnażone te miejsca są pokryte kilku warstwami komórek o jądrach dużych, bladych, nieregularnych; — granica protoplazmatyczna komórek jest niewidoczna i daje się dopatrzyć pewne przejście do tkanki otaczającej. Czy te gromady komórek kłaść na karb skośnego przekroju, czy też na rodzaj obrzęku tkanki okolicznej pod wpływem treści torbiela? To drugie przypuszczenie zdawałoby mi się o tyle uzasadnionem, że spotykałem ten objaw li tylko na miejscach obnażonych z przybłonka, w przeciwstawieniu do ostrej granicy miejsc, gdzie przybłonek był utrzymany. Rodzaj obrzęku ściany zauważyłem też i na poprzecznych przekrojach kanalików tam, gdzie ich przybłonek na całej przestrzeni odstaje.

Nerka ta zawiera stosunkowo wielką ilość naczyń; naczynia porozszerzane, ściana ich nadzwyczaj cienka tak, że czasem trudno orzec, czy mamy do czynienia z ciałkami krwi w naczyniu, lub leżącemi luźnie w tkance.

Mając na względzie twierdzenie Kimli, że „zmiana ta jest zawsze wrodzona, zawsze obustronna i bez wyjątku staje się przyczyną niezdolności do życia pozamacicznego", musimy postawić sobie pytanie, czy mamy tu rzeczywiście do czynienia z tem zwyrodnieniem i czy niem są dotknięte obie nerki? Pierwsze pytanie, przynajmniej co do nerki lewej, zwłaszcza, gdy uprzytomnimy sobie opis makro- i mikroskopowy, nie ulega żadnej wątpliwości; co do drugiej nerki, to uważając zupełne zniszczenie miąższu nerkowego za *conditio sine qua non*, mogłoby być sprawą sporną, czy należy uważać te zmiany napowierzchni kory za początkowe i częściowe zwyrodnienie. Jeżeli na to odpowiemy, przecząco czy twierdząco, to znów nasuwa się pytanie, czy nie będzie to sprzecznem z samą istotą powstawania zmiany? Mojem zdaniem fakt ten nie tylko nie może zachwiać teoryi powstawania zwyrodnienia na tle jakichś zaburzeń rozwojowych, lecz owszem powinien jeszcze ją wesprzeć; nie widzę bowiem powodu, aby wobec tego, że każda nerka rozwija się z osobnego prążka nabłonkowego, miały zawsze obie i zawsze w jednym stopniu temu samemu zwyrodnieniu ulegać. Jeżeli przyjmiemy, że nerka prawa przez pewien czas funkcyonowała, to będziemy mogli sobie nie tylko łatwo wytłómaczyć, że dziecko było donoszone, lecz i to, że nie okazywało obrzęków i że żyło przez dwa dni. Virchow jest zdania, że większość dzieci z zwyrodnieniem nerek rodzi się w 8 mies. życia płodowego. Kimla uważa obrzęki na całem ciele za rzecz bardzo charakterystyczną dla zwyrodniałych nerek.

W ogóle jeżeli porównujemy opisy tej ze wszech miar ciekawej zmiany u różnych autorów, to widzimy, że w każdym przypadku spotykamy pewne różnice i tak: Kahlden i Kimla wswoich dwóch przypadkach, zresztą zupełnie równych, widzieli utrzymaną mniejwięcej 8-mą część wszystkich kłębuszków i widoczną znaczną część kanalików. Virchow kłębuszków nie zauważył, natomiast spostrzegał liczne, różnie się rozszerzające kanaliki. Hanau zaś twierdzi, że nigdzie w korze nie widział ani śladu po kanalikach, tylko same torbiele, a bardzo nieliczne kłębuszki i kanaliki proste w części piramidalnej. Virchow nie wspomina nic o mięśniach gładkich, na które znów Kahlden i Kimla szczególniejszą zwracają uwagę. Badacze ci nigdzie nie spostrzegali kłębuszków na ścianach torbieli; w moim zaś przypadku są one aż nadto widoczne w nerce prawej. Co do mięśni gładkich, to z wyjątkiem miejsc, odpowiadających brodawkom, nie widziałem ich nigdzie wyraźnie; natomiast jest tam rzecz bardzo charakterystyczna, rodzaj obrośnięcia pojedynczych kanalików (nerka lewa) przez tkankę zarodkową, o podługowatych jądrach. Widziałem dalej: przekroje, w środku których raz znajdował się kanalik rozszerzony o wielu jądrach; to znowu był kanalik, składający się z kilku komórek, ze światłem lub bez; innym razem spostrzegałem mały otworek, utworzony li tylko z błony właściwej (membrana propria) i wreszcie widziałem przekroje utworów współśrodkowych zupełnie pełne, bez śladu kanalika. Widać więc, że owa atypowa dla nerki tkanka nie tylko obrasta i zwęża kanaliki, lecz nawet je całkiem przewęża. Brak w danym przypadku mięśni gładkich nie powinien tu, zdaje mi się, tak dalece wpływać na zmianę teoryi Kimli, gdyż w miejsce ich mamy inną, również pochodzenia mezodermalnego tkankę.

W jakim związku są zmiany w nerce prawej? trudno orzec. Sądzę, że należałoby porównać ten obraz z obrazami rozwoju nerek w różnym okresie płodowym. Naprowadza zaś mnie na to badanie nerki V do VI-miesięcznego płodu, gdzie część powierzchowna kory różniła się od głębszej jej warstwy a porównanie z moim przypadkiem wywołuje wrażenie, że w tym właśnie okresie przyszło do znacznego przerostu tkanki śródmiąższowej warstwy powierzchownej, który doprowadził do zarośnięcia (obliteracyi) dróg odpływowych z niektórych kanalików, jakoteż torebek Bowmana i do następowego retencyjnego wytworzenia się torbieli. Pod wpływem wzajemnego ucisku, oraz ucisku owej bujającej tkanki, torbiele poprzybierały najrozmaitsze kształty. Co do wytwarzania się torbieli, to twierdzę, że one powstają tak z kanalików prostych, jak i torebek Bowmana, a głównie z kanalików, leżących tuż pod torebką nerki. Różnica jednych od drugich, wyraźna z początku, później może być całkiem zatartą. Dalszy rozrost tych torbieli zależeć musi z jednej strony od wydzieliny komórek i przesięku, jak z drugiej strony od zwyrodnienia opuchlinowego (hydropicus) przybłonków, jakoteż od wynaczynień krwi do wnętrza istniejących lub tworzących się torbieli. Od tych trzech składników i stosunku ich wzajemnego, zależy barwa i gęstość treści.

Co do innych zmian, towarzyszących temu zwyrodnieniu, to znaną jest wszystkim rzeczą, że tak u płodów, jak i u ludzi starszych spotykamy często różne zboczenia utworowe w najrozmaitszych narządach, jakoto: *meningoencephalocele*, *labia leporina*, *cheilognathopalatoschisis*, *pes varus*, *pes equinovarus*, dalej nadliczbowe palce u rąk i nóg, podwójną lub przedzieloną pochwę i macicę i, dość częste zwyrodnienia torbielkowate w wątrobie, a rzadkie jajnika, niezrośnię-

cie otworów płodowych serca. Zmiany w moim przypadku znalezione, stoją zupełnie odosobnione; podobnych nie zdarzyło mi się w dostępnej literaturze spotkać, a temi są: puchlina nerkowa (hydronephrosis) obustronna, komunikacya przerosłego pęcherza z kiszką stolcową, zarośnięcie cewki moczowej i niedokształcenie rzyci.

Dla odróżnienia tej zmiany w nerce od zwykłego zwyrodnienia torbielkowatego, spotykanego często i u płodów (Virchow na siedm przypadków zwyrodnienia nerek u noworodków miał tylko raz do czynienia z właściwem torbielkowatem zwyrodnieniem, jednak jego od reszty nie wyróżniał[1]), pozwoliłem sobie, trzymając się podziału Kimli, nazywać ją zwyrodnieniem torbielkowatem wrodzonem. Kto wie, czy nasza nerka prawa, gdyby nie towarzysząca jej puchlina (hydronephrosis) powodująca zarośnięcie (obliteracyę) brodawek, nie przeszłaby była w przyszłości w typowe zwyrodnienie torbielkowate.

Zarazem niech mi będzie wolno na tem miejscu podziękować memu szanownemu szefowi, prof. Dr. A. Obrzutowi, za zachętę do pracy i światłe uwagi.

[1]) Kimla.

IV. Oceny i sprawozdania.

Surowica przeciwbłonicza w świetle rozpraw w Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem.

(Ciąg dalszy).

W obronie swoistości prątka Löfflera wystąpił Kowalski z twierdzeniem, że prątek ten stanowczo wywołuje błonicę; przyznać jednak trzeba, że w blizko 20% przypadków, rozpoznanej na podstawie objawów klinicznych błonicy, prątka tego nie znachodzimy, czyli, że rozpoznanie bakteryologiczne błonicy nie kryje w zupełności rozpoznania klinicznego. Twierdzenia swoje opiera Kowalski na własnych badaniach, w których nie ograniczał się nigdy do oglądania błon wprost pod drobnowidem, lecz zawsze posługiwał się szczepieniem błon na rozmaite pożywki, bo tylko w ten sposób uzyskuje się całość obrazu. Przy takiem badaniu stwierdzał na błonie śluzowej gardła, obok prątków błoniczych, także *staphylococcus pyog. aur.*, *staphylococcus pyog. alb.*, *streptococcus pyog. long*, *streptoc. pyog. ten.*, *diplococcus pneumoniae*, *streptococcus cumuliformis*, wreszcie prątki gruźlicze. Zaledwie w 20—40% przypadków znachodził wyłącznie prątki błonicze; najczęściej obok nich znajdowały się inne, wyżej wymienione drobnoustroje ropotwórcze i te przypadki błonicy uważać należy za zakażenie mięszane. Jasnem jest, że wynik leczenia surowicą zależnym jest od postaci błonicy; najlepszych wyników spodziewać się należy w czystych niepowikłanych postaciach; wątpliwym będzie wynik, wobec przeważającego zakażenia mięszanego. W płonicy i odrze stwierdził K. prątki błonicze zaledwie w 1—2% przypadków badanych; prawdopodobnie w przypadkach tych rozchodziło się o równoczesne zakażenie błonicą. Poszukiwania K. prątków błoniczych u osób zdrowych dawały zawsze wynik ujemny; na podstawie tego uważa odnośne spostrzeżenia przytoczone przez Kassowitza z literatury, za niedostateczne i jeśliby miały być uznane przez naukę, jako pewnik, to należałoby badania te powtórzyć.

Zdaniem Kowalskiego nie należy jedynie w statystyce szukać rozstrzygnięcia skuteczności surowicy; dotychczasowe prace doświadczalne tak należycie rzecz wyjaśniły, że można mieć do tego sposobu leczenia już z góry zupełne zaufanie i uważać je za epokowy wypadek na drodze postępu lecznictwa.

W dłuższym wywodzie zwalczał następnie Prof. Paltauf wszystkie po kolei zarzuty, podniesione przeciw surowicy przez Kassowitza. Najpierw zastrzega się P. przeciw porównywaniu, jak to uczynił Kassowitz, surowicy błoniczej z surowicą przeciwtężcową. Każdy jad wywołuje pewne swoiste zmiany: tak np. jad tężca nie wywołuje żadnych zmian miejscowych, natomiast sprowadza takie uszkodzenia w ośrodkach układu nerwowego, że później zastosowana surowica jest bezskuteczną. Roux, zwolennik surowicy przeciwbłoniczej oświadczył, że nie spodziewa się wyników po surowicy przeciwtężcowej. Tem mniej nie można porównywać własności surowicy przeciwbłoniczej, z własnościami krwi cielat, szczepionych ospą, której nie znamy pasorzyta, nie możemy wzmacniać jadu itd.

Niesłusznym jest zarzut Kassowitza, dotyczący przyjmowania do szpitali przypadków łagodnych błonicy rozpoznawanej li tylko na podstawie badania bakteryologicznego, gdyż do szpitali przysyłają chorych lekarze, a ci właśnie nie badają bakteryologicznie lecz rozpoznają błonicę z objawów klinicznych. W ogóle, zdaniem Paltaufa, prątki błonicze, bez wywoływania zmian, znachodzić się mogą tylko u osób, pozostających w styczności z chorymi np. u posługaczy szpitalnych, lub osób z rodziny chorego. W przytoczonych przez Kassowitza spostrzeżeniach Variota, w których ten badacz wrzekomo stwierdzał prątki błonicze w zwykłych zapaleniach gardła, chodziło o tak zwany „baccile court“, niejadowity, czyli t. zw. prątek wrzekomo błoniczy.

Dalej twierdził Kassowitz, że z chwilą wprowadzenia surowicy, t. j. w IV kwartale 1894 r., przyjmowano więcej chorych do szpitali i przez to poprawiano odsetek wyleczenia; a twierdzenie swoje opiera na liczbie chorych, przyjętych w szpitalu gradeckim. Tymczasem wzmożenie liczby chorych w tym szpitalu, trzebaby raczej odnieść do innych czynników, przedewszystkiem zaś do tej okoliczności, że z końcem r. 1894 wybuchła w całej Styryi epidemia błonicy, naturalnem więc jest, że odbiła się ona na liczbie chorych szpitala, w którym niedawno otwarto oddział błoniczy. To samo odnosi się do Tryestu, gdzie również z końcem roku 1894 i początkiem 1895 znaczna ilość ludzi padła ofiarą ciężkiej epidemii.

Na dowód nieskuteczności surowicy przytoczył Kassowitz statystykę śmiertelności niektórych miast. Niestety nie przedstawił on statystyki tych miejscowości, z których właśnie najlepiej można udowodnić jej zbawienne skutki.

W Wiedniu:

zachorowało	w r.	1892 — 4332;	zmarło	1546 = 35·8%
„	„	1893 — 4726;	„	1592 = 33·6%
„	„	1894 — 4743;	„	1645 = 34·6%
„	„	1895 — 3566;	„	690 = 19·3%
„	„	1896 — 3054;	„	603 = 19·7%
„	„	1897 — 3020;	„	561 = 18·57%

W Paryżu:

umarło	w r.	1892 — 1403	tj. 5·8%	na 10.000	mieszkańc.
„	„	1893 — 1266	„ 5·1%	„ „	„
„	„	1894 — 1009	„ 4·2%	„ „	„
„	„	1895 — 435	„ 1·8%	„ „	„
„	„	1896 — 444	„ 1·8%	„ „	„
„	„	1897 — 300	„ 1·2%	„ „	„

Z tych liczb widzimy nagły spadek śmiertelności, począwszy od r. 1895. Kassowitz statystyki Wiednia, Paryża nie przytoczył, oparł zaś swoje wywody na statystyce londyńskiej; tymczasem wiadomo jest, jakto stwierdza „Lancet“, że surowica stósowana w Anglii była bardzo słabą, w 10 cm.^{3} posiadała zamiast tysiąc, zaledwie 175, a nawet 150 jednostek uodporniających. Wyników takiego leczenia nie można brać w rachubę. Za najmniejszą dawkę leczniczą uważa Paltauf 1000 jednostek i taką też surowicę puszcza w obieg z swojego zakładu; takie dawki wyrabiają także i inni. Trafia się jeszcze, że lekarze nie stosują surowicy umieję-

tnie, a wobec braku wyników dodatnich, wysnuwają dla niej niekorzystne wnioski. Niedawno ogłosił jeden z chirurgów niemieckich, że stosuje surowicę strzykawką Pravaza *in dosi refracta*.

W wywodach o nieskuteczności surowicy oparł Kassowitz swój sąd na braku dobrych wyników w Petersburgu. Paltauf wykazuje na podstawie liczb, że tak nie jest; statystyka miasta Petersburga, jak i zbiorowa całej Rosyi, wykazuje zmniejszenie się śmiertelności z 34% na 15%.

Nie podniósł też Kassowitz jednej okoliczności, przemawiającej wybitnie na korzyść surowicy, tj. dobrych wyników leczenia w przypadkach, które się wczas dostały do leczenia. Zgodność wszystkich statystyk pod tym względem jest uderzająca: w Rosyi śmiertelność w przypadkach, w których pierwszego dnia zastosowano surowicę, wynosi 3·8%, w Bośnii 3·17%, w Ameryce 5·01%; czy wolno wobec tego myśleć o przypadkowym zbiegu okoliczności? czy raczej nie należy tego uważać za stwierdzony wynik nowego sposobu leczenia.

Pominął też milczeniem Kassowitz, tak dzielnie za surowicą przemawiającą poprawę odsetkową przypadków operowanych i przeszedł do porządku dziennego nad tem, że obecnie ginie chorych, u których zaszła potrzeba wykonania intubacyi lub tracheotomii zaledwie 20%, podczas gdy dawniej ginęło 60% natomiast wyraża zdziwienie, że tak wiele dzieci umiera jeszcze z dławca zstępującego. Zapewne nie przytrafiałoby się to tak często, gdyby surowicę stósowano wcześniej; 20 godzin mniej więcej potrzeba do jej zadziałania, a ten czas wystarcza także, aby się rozwinął dławiec zstępujący.

Co do wpływu surowicy na przebieg gorączki i podniesionych sprzeczności w spostrzeganiu tego objawu przez różnych autorów, czyni uwagę Paltauf, że gorączka nie należy do istotnych pojawów błonicy, że znamy ciężkie, śmiertelne błonice, przebiegające bez gorączki, że więc spostrzeżenia były zupełnie zależne od rodzaju przypadków.

Zupełnie bezpodstawne są wywody Kassowitza, który sam odpowiednich badań nie przedsiębrał, tyczące się swoistości prątka Löfflera. Nie ulega wątpliwości, że prątek ten wywołuje błonicę, a przemawiają za tem stałe znachodzenie prątka w tej chorobie, zgodność objawów spostrzeganych u człowieka z wywołanymi doświadczalnie na zwierzęciu, zgodność w działaniu toksyn na narządy, wreszcie własności uodporniające krwi człowieka, po przebyciu błonicy, oraz zwierząt szczepionych.

W płonicy stwierdził tylko jeden Ranke w większej liczbie przypadków prątki błonicze, nie znaleźli ich inni badacze, Aaser i Söllner.

Za swoistością prątka przemawiają także dodatnie wyniki zastrzyknięć zapobiegawczych surowicy w austryackim domu podrzutków, gdzie, aż do czasu wprowadzenia tych zastrzykiwań, stale znaczna liczba dzieci na błonicę zapadała.

Nie przemawia przeciw swoistości prątka, również przytoczony przez Kassowitza zarzut, spotykanie prątków błoniczych w jamie ustnej osób, które błonicę przebyły; to samo trafia się i w innych chorobach.

Paltauf ujął swoje zapatrywania w 3 następujące punkta: I) Nie znachodzimy w statystyce żadnych danych, sprzeciwiających się stósowaniu surowicy; owszem statystyka ta wykazuje we wszystkich krajach spadek śmiertelności; II) nie podniesiono żadnych poważnych zarzutów przeciwko przez większość lekarzy spostrzeganemu dodatniemu wpływowi surowicy na przebieg błonicy; III) prątek Löfflera jest przyczyną błonicy, a zatem leczenie surowicą oparte jest na niewzruszonej podstawie.

Ostatni zabrał głos po raz wtóry Kassowitz powtarzając w znacznej części dowody, już przedtem wytoczone. Wracając jeszcze raz do statystyki, zwraca uwagę na nowozebrane (w książce Newsholma: „Epidemic diphteria") daty co do śmiertelności w ostatnich czasach z chorób zakaźnych z których wynika, że już kilkakrotnie śmiertelność z błonicy ulegała znacznym spadkom, chociaż nie było nowej terapii. Zaprzeczyć się nie da, że i obecnie od r. 1895 śmiertelność z błonicy spadła, nie można jednak dopatrzeć się związku między tym spadkiem a surowicą. Że śmiertelność zmniejszyć się może i bez surowicy, udowadnia Kassowitz na statystyce śmiertelności w dolnej Austryi, porównywując ją ze śmiertelnością miasta Wiednia. I tak w ostatnich 3-ch latach spadła śmiertelność z błonicy tak w dolnej Austryi, jak i w Wiedniu, podczas gdy w Wiedniu powszechnie stósowano surowicę, w kraju zaś zaledwie ¹/₅ przypadków była zastrzykiwana.

Podobnie zmniejszyła się w ostatnim roku śmiertelność z płonicy o 31·1%, chociaż leczenie się nie zmieniło.

W dalszym ciągu powtarza Kassowitz jeszcze raz swoje zarzuty przeciw swoistości prątka błoniczego, wspomina o szkodliwym wpływie surowicy, zwłaszcza w zastrzykiwaniach zapobiegawczych, wreszcie kończy zapewnieniem słuchaczy, że nie żąda wcale porzucenia surowicy, lecz z drugiej strony nie uważa tej sprawy za „*res judicata*", domaga się więc gruntownego przedmiotowego zbadania jej wartości

Na tem zakończono rozprawy w Towarzystwie lekarskiem wiedeńskiem. Zarzuty Kassowitza miały jednak i ten skutek, że odezwali się po za Wiedniem mieszkający doświadczeni klinicyści, ogłaszając w pismach lekarskich swoje zapatrywania na tę sprawę, które dla całości obrazu w tem miejscu powtórzymy.

Doc. Dr. Raczyński.

(Dokończenie nastąpi).

V. Wyciągi.

Franz: **O powikłaniach po operacyi żylaków sposobem Trendelenburga wśród przebiegu aseptycznego**. *(Dtsche Ztschrft f. Chir.*, T. 47, Z. 4). Jakkolwiek podwiązanie żyły podskórnej odgoleniowej (v. saphena), polecone przez Trendelenburga w żylakach, jest samo w sobie zabiegiem małym, zdarzyć się mogą wyjątkowo groźne powikłania, które pouczyć winne, że i tej malutkiej operacyi nie powinno się podejmować inaczej, jak tylko na podstawie rzeczywistego wskazania. Pomijając już bowiem ten wzgląd, że ranka może uledz zakażeniu, a w podwiązanej żyle wytworzy się zakrzep zakaźny, który w dalszym ciągu stać się może źródłem ogólnej ropnicy, częściej opisywane bywają spostrzeżenia, do których jedno dodaje autor, a w których wśród przebiegu aseptycznego, w żyle wytworzył się rozległy (w spostrzeżeniu T. aż na podudzie sięgający) zakrzep. W przypadku autora nadto, część skrzepu oderwała się, spowodowała zator w gałązce tętnicy płucnej, z następowym zawałem krwawym (infarkt) i wysiękiem opłucnowym. Chory powikłanie to przebył szczęśliwie. *Herman.*

Dr. Freymuth i Dr. Petruschky: **Przypadek zgorzeli sromu, raka wodnego (noma) części rodnych, przy obecności prątków błoniczych Leczenie surowicą. Wyzdrowienie.** *(Deutsche medicinische Wochenschrift* Nr. 15, r. 1898). Nazwa rak wodny (noma) jest jedną z tych dawnych nazw, które oznaczają tylko makroskopową postać cierpienia, nie objaśniając zupełnie co do jego etyologii. Przyczyny, wywołujące raka wodnego, są do dziś dnia bardzo mało znane; tem większą wartość przeto posiada przypadek Freymutha, opracowany bakteryologicznie przez Petruschkyego, w którym wyhodowano niewątpliwe prątki błonicze, a leczenie surowicą Behringa dało wynik pomyślny.

Przypadek dotyczy dziewczynki trzyletniej, chorej na odrę, u której w szpitalu rozwinęła się zgorzel części rodnych zewnętrznych. Ponieważ równocześnie istniał u tej chorej silny ból gardła i niemożność przełykania pokarmów, powzięto podejrzenie, że obok odry możliwem jest w tym

przypadku powikłanie z błonicą i wstrzyknięto 1000 jednostek uodporniających surowicy Behringa. We dwa dni później wstrzyknięto powtórnie 1500 jednostek uodporniających poczem, już na drugi dzień, zauważono, że naokoło miejsca dotkniętego zgorzelą wytworzył się rąbek graniczny (demarkacyjny), a obrzęk sromu, pierwej bardzo znaczny, począł ustępować. W następnych pięciu dniach, wśród powolnego obniżania się gorączki, części uległe zgorzeli oddzieliły się, a powstałe owrzodzenie zupełnie się oczyściło. Wśród tego wstrzyknięto jeszcze 3500 jednostek uodporniających w dawkach 1000—1500 jednostek, stósowanych co parę dni. Po miesiącu owrzodzenie sromu zgoiło się zupełnie przy stósowaniu maści lapisowej.

Badanie bakteryologiczne strzępków, wziętych przed stósowaniem leczenia surowiczego z miejsc sromu, dotkniętych zgorzelą, wykazało, obok licznych innego rodzaju prątków, mątwików (vibrio) i krętek (spirilla), prątki błonicze Loefflera, których tożsamość stwierdzono barwieniem Neissera, przeszczepianiem na pożywki i zwierzęta (świnki morskie).

Zdaniem F. i P. prątek błoniczy wywołał w tym przypadku zgorzel sromu, a ponieważ leczenie surowicą Behringa oddało tutaj bardzo dobre usługi, przeto i w innych przypadkach raka wodnego części rodnych, które mogą być także spowodowane przez prątek błoniczy, należałoby zdaniem autorów takiego leczenia próbować. Za okolicznością, że prątek błoniczy może wywoływać zgorzel części rodnych, przemawiają również dane kliniczne, zebrane przez innych autorów. I tak, między 24 przypadkami Woronichina, w 3 ch rak wodny wystąpił równocześnie z błonicą gardła. Może być, że w raku wodnym sromu i inne prątki bywają przyczyną cierpienia i obraz chorobowy makroskopowy jest zawsze mniej więcej jednaki, ale przyczyna może być mimo tego różną, podobnie jak przy zapaleniu otrzewnej, które przedstawia ten sam przebieg, bez względu na to, jaki drobnoustrój wywołał cierpienie.

O ile powyższe doświadczenia mogą się odnosić do raka wodnego policzków, to dopiero przyszłe spostrzeżenia mogą rozstrzygnąć. *Piotrowski.*

A. Langie: **Przypadek ciężkiego urazu oka lewego.** (*Recueil d'ophtalmologie*, 1898, Nr. 6). Mężczyzna 46-letni otrzymał postrzał z rewolweru w twarz, przyczem kula utkwiła na dolnym brzegu lewego oczodołu, nie naruszywszy kości, lecz wywołując zalanie krwią całego ciałka szklanego, pęknięcie naczyniówki w dolnozewnętrznym odcinku i urazowe zapalenie tęczówki; $V = \frac{1}{\infty}$. Przez kilka miesięcy trwające leczenie wstrzykiwaniami podskórnemi pilokarpiny i jodem, podawanym na wewnątrz, pozostało bez najmniejszego skutku. Wtedy autor, na podstawie odbytego konsylium z prof. Gałęzowskim, postanowił zmienić całkowicie leczenie i, odrzucając dotychczasowe środki, przeprowadzić je ściśle według nowej metody, polecanej w podobnych przypadkach przez Gałęzowskiego. Leczenie to, polegające na stósowaniu naprzemian środków zwężających i rozszerzających źrenicę, okładów lodowych i gorących *alternando*, pijawek i wcierań maści szarej, obok okładów rtęciowo-kokainowych na oko, okazało się nader skutecznem. Nie tylko, że krwi w ciałku szklanem zaczęło widocznie z tygodnia na tydzień ubywać, ale nadto, w stosunkowo bardzo krótkim przeciągu czasu nastąpiło zupełne *restitutio ad integrum* i chory odzyskał wzrok prawidłowy. W miejscu pęknięcia naczyniówki pozostała mała cienka blizna, zwężająca cokolwiek pole widzenia.

Ten znakomity wynik zachęcił autora do ogłoszenia powyższego przypadku, z którego stara się wyciągnąć wskazówkę, że zalecane tak powszechnie w podobnych razach wstrzykiwania pilokarpiny i zażywanie jodu, mogą okazać się zupełnie bezskutecznemi, a przynajmniej nigdy tak szybko do celu nie prowadzą. Przeciwnie, sposób Gałęzowskiego znakomite oddaje usługi i z tego względu powinien w praktyce szersze znaleźć zastósowanie. (Streszczenie własne).

VI. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

ODEZWA.

Komitet VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje niniejszem do publicznej wiadomości, że Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który wskutek zakazu udziału w Zjeździe zagranicznych gości, odbyć się w Poznaniu nie może, odbędzie się w roku jubileuszowym Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1900, w Krakowie. Komitet gospodarczy wyraża zarazem serdeczne podziękowanie wszystkim tym miastom i zakładom, które, dowiedziawszy się o zakazie, Zjazd do siebie zaprosiły.

Na tem Komitet działalność swoją kończy, składając akta Zjazdu w ręce społeczeństwa i reprezentantów przyszłego Zjazdu w Krakowie.

Dr. Heliodor Święcicki, prezes Zjazdu.
Dr. Artur Jaruntowski, generalny sekretarz.

Telegram z zaproszeniem Zjazdu poznańskiego do Krakowa brzmi jak następuje:

Dr. Święcicki — Poznań.

Kraków najserdeczniej zaprasza na Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w roku jubileuszowym Uniwersytetu Jagiellońskiego 1900.

Kostanecki, dziekan wydziału lekarskiego.
Jakubowski, prezes Tow. lekarskiego.
Witkowski, w. prezes Tow. przyrod. im. Kopernika.
Kwaśnicki, redaktor „Przeglądu lekarskiego".

Izba lekarska wschodnio-galicyjska we Lwowie.

L. 273. Czyniąc zadość wezwaniu Wys. c. k. Namiestnictwa z d. 9 lutego b. r. l. 4880, przedkłada Izba lekarska wschodnio-galicyjska swoje uwagi, co do techników dentystycznych, po wysłuchaniu ankiety, do której zaproszeni zostali wszyscy lekarze dentyści, zamieszkali we Lwowie i którato ankieta odbyła swoje obrady w obecności referenta sanitarnego, c. k. radcy Dra Józefa Merunowicza i fizyka miejskiego Dra A. Pawlikowskiego.

Skargi lekarzy na techników dentystycznych, przekraczających swój zakres działania, są nader liczne: dziwić się temu zupełnie nie można, lecz przeciwnie, spodziewaćby się należało, że te skargi powinnyby być jeszcze o wiele częstsze, jeśli się uwzględni i zastanowi nad rozporządzeniem Ministerstwa handlu, wydanem w porozumieniu z Ministerstwem spraw wewnętrznych, z d. 20 lutego 1892 r., normującem uprawnienie techników dentystycznych.

W §. 2 wspomnianego rozporządzenia, określającym zakres działania techników dentystycznych, powiedziano, iż wolno im tylko w zupełnie zdrowej jamie ustnej wstawiać pojedyncze zęby, lub sporządzać odciski dla wstawienia całych szczęk. Określenie to jest zupełnie niewłaściwe, gdyż wręcz niemożebna jest rzeczą, aby technik znalazł się w tem położeniu, by miał do czynienia z zupełnie zdrową jamą ustną; zawsze zachodzi potrzeba wykonania rozmaitych rękoczynów, jak wyjęcia pojedyńczych korzeni, przepiłowania zębów i t. p. Technik zatem, wykonywując swój zawód, przekracza zawsze zakres działania, a że następstwa tego są dla pacyenta często bardzo smutne, temu dziwić się nie można, jeżeli się zważy, że technik dentystyczny jest tylko technikiem, a o nauce lekarskiej nie ma najmniejszego wyobrażenia. Zakażenia rany przy wspomnianych przygotowawczych rękoczynach przez nieodrażone narzędzia są dość częste, a znane są również wypadki zaszczepienia kiły (syphilis).

Ponieważ zatem stanowisko techników dentystycznych

i ich uprawnienie przez wspomniane rozporządzenie Min. handlu jest zupełnie niewłaściwe, dlatego Izba lekarska widzi się spowodowaną oświadczyć, iż najstósowniejby było znieść wyżej przytoczone rozporządzenie i na przyszłość nie udzielać więcej koncesyi dla samoistnych techników dentystycznych, a tem samem wrócić do stanu z przed r. 1892, kiedy technicy dentystyczni mogli być zatrudniani tylko jako zawodowi pomocnicy u lekarzy. Zarazem zaś starać się należy przez utworzenie odnośnych katedr na wydziałach lekarskich, aby lekarze, którzy zamierzają trudnić się dentystyką, mieli możność i obowiązek wykształcić się zawodowo w tej specyalności.

Nad technikami zaś, którzy obecnie już mają koncesyę i którym tej koncesyi odebrać nie można, rozciągnąć należy jak najściślejszy nadzór; organom wykonawczym należy nadać prawo wchodzenia do lokalu, gdzie technicy wykonywują swój zawód, bez pisemnego upoważnienia władzy sądowej lub politycznej, jedynie na ustne polecenie władzy przemysłowej, jak również konfiskowanie wszelkich narzędzi dentystycznych, któreby przy rewizyi u techników napotkano; dotychczasowy bowiem nadzór jest zupełnie niewystarczający i czysto iluzoryczny.

Pożądanem też jest, by świadectwa, wystawiane dla techników dentystycznych, potwierdzane były przez władze polityczne. Do wys. c. k. Namiestnictwa we Lwowie. Izba lekarska wschodnio-galicyjska.

Prezydent *Dr. Festenburg.*

VII. Wiadomości bieżące.

Kraków, 4 Sierpnia.

* Stanowisko, jakie rząd pruski zajął wobec cudzoziemskich członków VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, nietylko urąga się zwyczajom, przyjętym przez rządy oświeconych narodów, wobec międzynarodowych instytucyj naukowych, do których zjazdy naukowe należą, ale obraża i prawny stosunek ludów, zamieszkałych w ościennych państwach, związanych z sobą na każdem polu. Pokrzywdzeni w swoich prawach, lekarze i przyrodnicy polscy z pod zaboru austryackiego, wystósowali do wiedeńskiego ministeryum spraw wewnętrznych, do prezesa koła polskiego w Wiedniu i do ministra dla Galicyi — protest przeciw bezprawnemu z nimi postąpieniu władzy pruskiej, który w dosłownem brzmieniu przytaczamy:

„Pismo królewsko-pruskiego prezesa policyi poznańskiej obwieściło w początku lipca b. r. Komitetowi Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Poznaniu, że udział obcokrajowców w tym Kongresie nie będzie dozwolonym. Dodano przytem, aby do surowości dorzucić przymieszkę brutalną, iż każdy obcokrajowiec, przybywający do Poznania, w drodze przymusu policyjnego wydalonym zostanie z granic kraju.

Ostrze tego zakazu głównie się zwraca przeciw nam, poddanym państwa austryackiego, którzy znaczny w Zjeździe zamierzaliśmy wziąść udział. Bezwzględność jego godzi w ludzi nauki, którzy owoce swej pracy chcieli przedstawić szerszym kołom fachowym i w naukę, która była jedynym celem i jedynem hasłem zebrania.

Zjazdy takie uczonych polskich odbywały się spokojnie od lat przeszło trzydziestu; w roku 1884 zezwolił rząd pruski na Kongres w Poznaniu, który w niczem władzom się nie naraził, bo narazić się nie mógł. Teraz wydano pismo bezwględne, jakby o zebranie spiskowców, lub robotę anarchii chodziło. Pojawiło się ono bez wszelkich motywów.

Ale my znamy motywa. Wypłynęły one z tej kuźni, w której pewien odłam społeczeństwa niemieckiego gotuje ciągle pociski na Polaków, w której wyrabiają się jady, podsycające bezustannie nienawiści rasowe. Robota ta wysila się na to, aby uczucia polskie na wszelki sposób obrażać i rozgoryczać, każdą myśl od Polaków wychodzącą paczyć i tłumić, każdą pracę polską niweczyć. Owocem tego-to ducha jest zakaz niniejszy.

My nie możemy oczywiście łudzić sie nadzieją, aby upomnienia nasze o prawa nam służące znalazły posłuch u rządu, który swych własnych polskich poddanych, wskutek podszczeń apostołów nienawiści, na osobnych osadził prawach. Ale mamy prawo i obowiązek upomnieć się o krzywdę u rządu naszego, austryackiego. To nie jest żadnem mięszaniem się w atrybucye wewnętrzne obcego państwa, lecz prostem żądaniem praw równych dla wszystkich poddanych państwa austryackiego i równomierności w stosunkach poddanych obu państw sprzymierzonych.

Jeżeli to przymierze pozwala na to, aby obywatele pruscy podżegali otwarcie w Austryi do wymierzania ciosów na „twarde czaszki słowiańskie«, jeżeli osłania zupełnie wolną wymianę myśli, a tem więcej myśli naukowej między Niemcami Austryi i cesarstwa niemieckiego, to mamy prawo stanowcze żądać, aby państwo austryackie nie cierpiało tu wyjątków, aby się upomniało o krzywdę pewnej części swych poddanych, którzy ani nie są „kategoryą mniejszej wartości“, ani „klasą podrzędną obywateli“, — aby ich osłaniało przed brutalnemi groźbami, których w piśmie poznańskiej policyi użyć się podobało.

W tem przeświadczeniu i z tem uczuciem zwracamy się do Koła polskiego w Wiedniu, a pośrednio do Wysokiego Rządu, z prośbą o opiekę nad tem, czemu każdy rząd poparcie dawać winien, opiekę nad prawami poddanych, nad prawem myśli i interesami narodowej i międzynarodowej nauki“.

Protest ten podpisali przedstawiciele naszych instytucyj naukowych i najwybitniejsze w nauce jednostki.

Nie powinno być takiego zakątka na kuli ziemskiej, w którem by nie był znany fakt, że Prusy militarne zrzekają się przodującego stanowiska, które w sprawach cywilizacyi bezsprzecznie zajmowali. Snać wśród brzęku oręża milkną nie tylko muzy, lecz cichnie i głos sumienia publicznego, a do steru stają dowolność i bezprawie.

Z należycie wyjaśniającym rzecz wstępem, protest ten, odbity w 4 językach, zostanie rozesłanym akademiom, uniwersytetom, towarzystwom lekarskim i przyrodniczym całego świata; niemniej otrzymają go tak wybitniejsze dzienniki polityczne, jak i cała prasa lekarska i przyrodnicza.

Zakaz pruski, jako pierwszy od czasu powstania instytucyi zjazdów, ma znaczenie zasadnicze i, jako rys wieku, niech będzie zapisany w kronikach świata.

* Personal czynny lekarski warszawskiego Towarzystwa Ratunkowego składa się z lekarza kierującego, 8 lekarzy dyżurnych starszych, 4 dyżurnych młodszych, oraz 11 lekarzy zastępców. Wozów ratunkowych posiada Towarzystwo 3, zapasowy 1 i jedną karetę do przewożenia chorych na zamówienie. W ciągu roku sprawozdawczego było wypadków 3200, liczba wyjazdów 2460, na stacyi udzielono pomocy 570 osobom.

* W ubiegłym roku szkolnym otrzymało stopień doktorów wszechnauk lekarskich w Uniw. Jagiell. 71 kandydatów. Poraz pierwszy w tym roku otrzymały stopień magistrów farmacyi dwie kobiety: Pani Klemensiewiczowa i Pani Janina Kosmowska. Po raz pierwszy też w ubiegłym roku złożyła pierwszy ścisły egzamin lekarski jedna kobieta, Pani Zofia Moraczewska, posiadająca szwajcarski dyplom doktora medycyny.

* Stopień doktorów wszechnauk lekarskich na Uniw. Jagiellońskim otrzymali: Leon Gliński, Mateusz Kikinger, Zygmunt Stanowski i Salomon Ramer.

* „Wiener klin. Rundschau“ w Nr. 31 podaje obszerny życiorys ś. p. Alfreda Obalińskiego, napisany ze ścisłością biograficzną i życzliwą ręką.

* Konkurs. Dziekan Wydziału lekar. Uniw. Jagiell. rozpisał konkurs na posadę asystenta przy katedrze chorób skórnych i wenerycznych, z płacą roczną 600 złr. Podania wnosić należy do kancelaryi Wydziału lekarskiego, do dnia 1 października 1898 roku.

Nekrologia. Dr. Jan Nerlewski, l. 30, zmarł w Windawie. Prof. Dr. Leopold v. Diettel, głośny chirurg, zakończył życie w Wiedniu, w 83 roku życia.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**